

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THESE

N° —

117

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 Janvier 1896, à 1 heure

PAR

Alfred REDHON

Né à Montier-Roseille (Creuse), le 18 janvier 1871

Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES

TROUBLES CARDIAQUES

DANS

L'HYSTÉRIE

Président : M. RAYMOND, professeur.

Juges : { MM. DEBOVE, professeur.
MARIE et MARFAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15.

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THESE

N° ____ .

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 Janvier 1896, à 1 heure

PAR

Alfred REDHON

Né à Montier-Roseille (Creuse), le 19 janvier 1871

Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES

TROUBLES CARDIAQUES

DANS

L'HYSTÉRIE

Président : M. RAYMOND, professeur.

Juges : { MM. DEBOVE, professeur.
MARIE et MARFAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15.

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....}	DEULAF OY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....}	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	BEJGER.
Clinique chirurgicale.....}	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILLEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERRY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARBIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVENT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTNERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE ET A MON GRAND-ONCLE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Professeur de clinique des maladies nerveuses, à la Faculté de
Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES, DANS LES HÔPITAUX .

MONSIEUR HANOT

Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine

MESSIEURS GRANCHER, HUTINEL, MARFAN

Hôpital des Enfants-malades (Externat, 1892)

MESSIEURS PÉRIER ET PICQUÉ

Hôpital Lariboisière (Externat, 1893)

MONSIEUR TALAMON

Hôpital Tenon (Externat, 1895)

INTRODUCTION

Les manifestations symptomatiques de l'hystérie sont extrêmement nombreuses, et si variables dans leurs caractères et leurs localisations qu'il a fallu longtemps au clinicien pour arriver à réunir dans un même groupe des accidents si divers et à rattacher à une même cause des faits si disparates. Les localisations viscérales de l'hystérie sont restées pendant longtemps ignorées ou méconnues, confondues avec des affections organiques qu'elles simulaient. Ce n'est que petit à petit que l'on est arrivé à dépister la véritable nature de certains accidents méningés, respiratoires, laryngés, gastriques, péritonéaux, cardiaques, prenant le masque presque complet d'affections organiques nosologiquement bien établies.

Du jour où l'on a fait le diagnostic de ces pseudo-lésions le pronostic et la thérapeutique ont été profondément modifiés, puisqu'il s'agissait dans un cas de troubles fonctionnels purs, de l'autre d'affections organiques. Tout l'intérêt résidait donc dans la question du diagnostic.

Les localisations viscérales de l'hystérie commencent à être bien connues. Il nous a semblé que les manifestations cardiaques de cette névrose, peut-être parce qu'elles sont

plus rares, étaient moins bien étudiées, surtout dans leur ensemble.

Sous l'inspiration de notre excellent maître M. Talamon, et avec l'aide de ses conseils éclairés, nous avons tenté de rassembler les éléments de la question, disséminés dans les auteurs, et d'en faire un tableau d'ensemble. Nous aurions jugé cette tâche trop difficile, si nous n'avions été à chaque instant soutenu par l'enseignement de notre maître, où nous avons puisé les idées directrices de ce travail.

S'il a quelque valeur, nous en rapportons donc l'honneur à M. Talamon et nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il a fait notre éducation médicale pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service.

Nous tenons à exprimer ici toute notre reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux, auprès de qui nous avons été attaché soit comme bénévole, soit comme externe ; à M. Hanot, qui nous a donné les premières notions claires et précises de médecine ; à MM. Grancher, Hutinel, Marfan, aux leçons desquels nous avons appris la pédiatrie ; à MM. Périer et Picqué qui nous ont facilité l'étude de la chirurgie et enfin à M. Tarnier qui nous a enseigné les principes de l'obstétrique.

Que M. le Professeur Raymond veuille bien accepter nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant avec bienveillance la présidence de notre thèse.

Nous étudierons les troubles cardio-hystériques en les divisant de la façon suivante :

1° Les *précordialgies* ou *cardiodynies hystériques*, troubles de la sensibilité analogues à ceux que l'on observe

dans les autres régions du corps et se présentant avec les mêmes caractères : zones *hypresthésiques*, zones *hystérogènes*.

2° La *crise cardio-hystérique*, équivalent d'une crise d'hystérie partielle, locale et se traduisant par *angine de poitrine*, *syncope*, *tachycardie*, *palpitations*.

3° L'hystérie *simulant une affection cardiaque*. Discussion des *bruits anormaux cardiaques* d'origine hystérique.

4° L'association de l'hystérie et des *cardiopathies* et leurs rapports.

5° *Pronostic. — Traitement. — Conclusions.*





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554011_0026

CHAPITRE 1^{er}

Zône hyperesthésique et hystérogène cardiaque. (Précordialgies, cardiodynies, cardiacalgies).

Dans la région cardiaque, comme en tout autre point du corps, on rencontre, chez les hystériques, des troubles de la sensibilité, disséminés en forme de plaques ou localisés à des points.

Ces zones présentent les caractères des *zones hyperesthésiques* simples, ou ceux des *zones hystérogènes*.

Les douleurs de la région précordiale sont spontanées ou provoquées. Quelquefois elles sont tellement exagérées, même par la plus légère pression, que le malade se soustrait immédiatement à l'examen, en disant qu'on lui a fait très mal. En même temps on peut voir apparaître une congestion assez vive de la face avec malaise, oppression et même sensation de boule remontant à la gorge. C'est une ébauche de l'*aura hysterica* et le point comprimé constitue « un véritable point hystérogène (Potain) ».

Nous avons observé une hystérique, à grandes crises convulsives, qui avait sa zone hystérogène, « son point d'attaque », au niveau de la pointe du cœur, la pression un peu forte suffisait, disait-elle, à déterminer une crise convulsive généralisée.

Ces troubles de la sensibilité de la région cardiaque ont
Redhon 2

été désignés sous le nom de *cardiodynies* par Peter, et de *précordialgies* par Giraudeau.

• Indépendamment de ces douleurs superficielles, à *forme névralgique*, les malades se plaignent souvent de « *douleurs au cœur* ». Ils comparent les sensations qu'ils éprouvent à des coups de couteau, de poignard, à des piqures d'aiguilles, etc., ou ils accusent une douleur interne, profonde, avec sentiment d'oppression, de gêne, d'angoisse, phénomènes qui font partie de la symptomatologie de l'angine de poitrine et en constituent pour ainsi dire des accès ébauchés.

Nous verrons que l'on peut rencontrer tous les autres signes de la sténocardie, et le syndrome complet de l'angine de poitrine peut être produit par l'hystérie ; c'est la *pseudo-angine de poitrine hystérique* ou *cardiacalgie* de G. Sée.

La zone hypéresthésique cardiaque est très fréquente chez les hystériques. Quand on la cherche systématiquement on la trouve presque aussi souvent que la zone ovarienne ou tout autre stigmate de l'hystérie. Elle a donc une réelle valeur diagnostique et doit être recherchée comme signe de la névrose.

La zone *hystérogène précordiale* est plus rare ; mais, quand elle existe elle est le point de départ de l'aura qui précède la crise cardio-hystérique. Peut-être même existe-t-elle dans tous les cas d'angine de poitrine hystérique, de palpitations. Ces zones siègent souvent dans la région de la pointe du cœur, quelquefois juste au niveau du point où l'on sent le choc ventriculaire, dans quelques cas c'est à la base ; dans d'autres enfin la totalité du cœur est doulou-

reuse, mais toujours « le summum d'intensité de la douleur est vers la pointe de ce viscère. » Peter.

Le *diagnostic* doit se faire avec les *névralgies intercostales*. Il repose sur ce fait que la douleur n'est provoquée par la pression qu'en un point et celui-ci ne coïncide aucunement avec les régions d'émergence des nerfs intercostaux.

On ne les confondra pas davantage avec les *névralgies phréniques*, parce que l'on ne trouvera pas leurs points classiques.

Où faut-il localiser, anatomiquement, ces douleurs ?

S'il n'est pas douteux que, dans certains cas, la douleur est bien cutanée, comme le montre le frôlement superficiel de la peau, il en existe d'autres où la douleur n'est réveillée que par une pression profonde, et alors les opinions varient avec les auteurs. Suivant Briquet ce serait une *myosalgie*. Gaube (thèse de Bordeaux 1882) critique cette opinion et met en cause le *tronc nerveux* ou ses *ramifications*. Pour le cas où une zone hystérogène-siège à la jambe, il a pu produire une attaque d'hystérie, en excitant le nerf sciatique au-dessus du siège de la zone hystérogène.

La précordialgie, dit Giraudeau, « est une véritable topalgie avec hyperesthésie cutanée soit spontanée, soit réveillée par la plus légère pression ; il ne s'agit pas d'une irritation de voisinage, car il n'existe aucun lien anatomique entre les nerfs des valvules cardiaques et ceux des papilles du derme. »

Quelquefois les douleurs thoraciques des hystériques sont dues à la contracture des muscles intercostaux. (Janet. France méd. 1895).

Quoiqu'il en soit de l'explication, le fait existe et a une

grande importance. D'abord, en raison des sensations éprouvées par le malade à la région précordiale, instinctivement il les localise au cœur et a une grande tendance à se croire atteint d'une affection cardiaque.

D'autre part, l'exagération des douleurs ou l'irritation des zones hyperesthésiques ou hystérogènes précordiales peut déterminer la syncope, la tachycardie, des palpitations, et l'angine de poitrine hystérique, constituant des crises locales d'hystérie que nous allons étudier dans le chapitre suivant, en commençant par l'angine de poitrine.

OBSERVATION I (personnelle, résumée). — Prise dans le service M. Talamon.

Hystérie. — Précordialgie.

W... Marie, 38 ans, journalière.

Nombreuses zones *hyperesthésiques* disséminés sur la surface du corps.

A la région *précordiale*, sur la ligne mamelonnaire, au-dessous du sein existe un point excessivement sensible. La moindre pression fait bondir la malade. Il n'y a pas d'autre point douloureux sur le trajet des nerfs intercostaux. Indépendamment de ces douleurs à la pression, elle ressent de temps en temps « 2 ou trois coups au cœur, comme si on la piquait avec des aiguilles ». La douleur est si vive qu'elle pousse un cri et s'arrête. Durée quelques secondes seulement.

Anesthésie conjonctivale. Rétrécissement du champ visuel.

Elle n'a jamais eu d'attaques convulsives ; mais après des contrariétés elle perd connaissance et tombe ; la crise se termine par des pleurs.

Rien *au cœur*. Pas de palpitations.

OBSERVATION II (personnelle)

Hystérie. — Précordialgie. — Palpitations.

Q... Angelina, 22 ans, couturière.

Anesthésie pharyngée et conjonctivale. Zone hyperesthésique au niveau de l'ovaire droit. Crises de pleurs très fréquentes.

Point douloureux, au niveau de la *pointe du cœur*.

De temps en temps, spontanément, sensation douloureuse localisée par la malade au cœur.

Accès de *palpitations* surviennent soit à la suite d'une marche un peu rapide, soit à la suite d'une émotion ou d'une contrariété. Dans ce dernier cas la crise se termine par d'abondantes larmes.

Rien *au cœur*. Souffle dans les vaisseaux du cou. Les muqueuses ne sont pas décolorées. L'état général est bon.

OBSERVATION III (personnelle). — Prise dans le service de M. Talomon.

Hystérie -- Traumatisme -- Tremblement -- Précordialgie
Palpitations. — Souffle extra-cardiaque.

G. Hélène, 20 ans, journalière, entre salle Rayet le 11 Novembre 1895.

Elle a toujours été nerveuse, mais jamais d'attaque. Crises de larmes fréquentes. Sensation de boule.

Il y a huit jours elle a été renversée dans la rue par deux chiens. Pendant 1¼ d'heure après l'accident, *impossibilité de parler*. Le lendemain *tremblement généralisé*, mais augmentant par moment. Dans l'intervalle des accès, aucun mouvement. Impression des mouvements de la chorée, mais beaucoup moins accentués qu'ils ne le sont en général dans cette affection.

Zone hypéresthésique à la pointe du cœur, au niveau du 5^e espace intercostal. Douleur à la pression. Pas de douleur dans le sein lui-même. Ce point avait disparu 2 jours après.

Elle se plaint de *palpitations* pendant la nuit surtout, la réveillant en sursaut. Insomnie. Elle sent battre son cœur vite et fort, mais l'impulsion cardiaque ne détermine pas de douleur véritable. Ces palpitations existaient déjà depuis longtemps, mais étaient moins fréquentes. Il semble donc que le traumatisme, ou plutôt l'impression morale qu'il a provoquée, les ait exagérées de même qu'il a fait apparaître le tremblement.

Pas d'anémie. Etat général très bon. Pas de souffle dans les vaisseaux du cou, mais, à la région moyenne du cœur, *souffle doux méso-systolique* que l'on entend pendant une dizaine de jours, puis il disparaît. Il ne reste plus que quelques petites secousses musculaires, le 10 décembre.

Nous pensons que le traumatisme ou l'émotion qu'il a produite a été la cause déterminante des accidents ; mais l'hystérie était antérieure.



CHAPITRE II

La crise cardio-hystérique. (Troubles sensitifs). Angine de poitrine hystérique.

Cette manifestation de l'hystérie n'est bien connue que depuis 1882, époque à laquelle Marie en publie deux cas typiques. Cependant Eischwald en avait déjà rapporté 2 cas : dans l'un, les crises hystériques coïncidaient avec l'angine de poitrine ; dans l'autre la maladie se présentant chez une femme foncièrement hystérique. En 1877, Bernheim dans ses « Leçons cliniques » en citait un autre cas et émettait l'opinion que l'angine de poitrine peut exister en tant que manifestation hystérique. Liégeois, en 1882 l'étudie dans un travail d'ensemble sur l'angine de poitrine. Landouzy, en 1885, publie dans le progrès médical une série de leçons faites en 1882, sur « l'angine de poitrine envisagée comme symptôme et dans ses rapports avec le nervosisme arthritique ». Cadarelli, Naples 1882, publie un ouvrage sur les maladies nerveuses dans leurs rapports avec les fonctions du cœur. En 1883, Huchard en donne une description dans le traité des névroses d'Axenfeld ; puis il inspire la thèse de Le Clerc 1887 et publie dans le Progrès médical (1889) un article sur la « pseudo-angine de poitrine hystérique. Albot (1890) dans sa thèse inaugurale étudie l'angine de poitrine hystérique chez les cardiaques. Chevill-

lot (1893), les précordialgies. Enfin Tikomiroff 1895 apporte des observations d'angine de poitrine mixte.

Tous ces travaux ont établi d'une façon incontestable l'existence et les caractères de l'angine de poitrine hystérique. Notre rôle consistera à les résumer et à en tirer une vue d'ensemble.

« L'angine de poitrine doit être considérée, non pas comme une maladie spéciale, existant de toutes pièces, mais comme un syndrome pouvant s'observer dans un certain nombre d'affections et revêtant, il est vrai, quelques caractères spéciaux suivant la maladie à laquelle elle est due » (Marie). On l'observera donc, avec quelques particularités permettant de faire le diagnostic dans les angines de poitrine organique, qu'il s'agisse de lésion coronarienne ou de névrite du plexus cardiaque, dans les angines de poitrine nerveuses, réflexes ou toxiques. Leur caractère commun est « une douleur paroxystique profonde occupant le devant de la poitrine, avec tendance à l'irradiation aux membres et à la tête » (Potain). Mais si, dans l'angine de poitrine hystérique ces symptômes existent comme dans l'angor vrai, ils sont précédés, accompagnés ou suivis d'un ensemble d'autres troubles fonctionnels et présentent des particularités qui éveillent l'attention et font distinguer le syndrome complexe de celui de la maladie de Rougnon-Heberden. M. Huchard (Progrès médical, 1889) a opposé les deux types et a montré clairement les caractères différentiels. Il est certain cas où le diagnostic est facilité par les circonstances, guidé par les antécédents. C'est ainsi qu'une crise d'angine survenant chez une femme indemne de toute lésion cardiaque, très nerveuse antérieurement ou

ayant eu des crises franches d'hystérie ou quelque autre symptôme tapageur de cette névrose, sera immédiatement suspectée et par l'examen des faits, l'observation des symptômes, la présence de stigmates d'hystérie, il sera facile de porter le vrai diagnostic de pseudo-angine et par suite un pronostic favorable. Mais il est certains cas où l'angine est la première manifestation apparente de la névrose, d'autres où il existe en même temps une lésion valvulaire, de l'athérome de l'aorte avec dilatation de la crosse; d'autres enfin où l'hystérie et la cardiopathie étaient associées des crises de vraie et de pseudo-angine de poitrine se produisent chez le même individu. Dans toutes ces conditions les difficultés du diagnostic vont en grandissant en même temps que la nécessité de se prononcer dans un sens ou dans l'autre devient de plus en plus pressante puisque le pronostic immédiat en découle. Néanmoins il existe un certain nombre de signes qui permettent, même dans les cas les plus complexes, de porter son jugement d'un côté ou de l'autre. Si l'on n'arrive pas toujours à avoir la certitude absolue on peut du moins avoir en faveur de son opinion le maximum de probabilités. Comme l'intérêt de la question réside dans le diagnostic de la forme de l'angine, puisqu'il est démontré aujourd'hui que cliniquement il y a une angine de poitrine qui se termine presque toujours par la mort subite et des angines qui se terminent presque toujours par la guérison, nous allons essayer de résumer aussi clairement que possible l'ensemble des signes différentiels, en mettant à contribution les travaux de Huchard si nombreux et si complets sur le sujet, les leçons de cliniques de Rendu et le chapitre que

Gilles de la Tourette lui a consacré dans son traité de l'hystérie. On a distingué trois formes à l'angine de poitrine hystérique, 1^o la forme *névralgique*, dans laquelle le mal commence par la douleur au cœur d'où elle s'irradie dans divers sens en suivant le trajet des nerfs en connexion avec le plexus cardiaque, au cou, à la tête, aux bras et même aux membres inférieurs. « Elle s'accompagne de névralgies diverses qui souvent peuvent survivre à l'accès, de névralgies intercostales, mammaires crurales, ou même de névralgie phrénique » Huchard.

2^o La *forme vaso-motrice* est caractérisée par ce fait que l'accès est produit par un spasme artériel généralisé avec sensation de froid, pâleur de la face, abaissement de la température des membres. La cause de l'attaque serait un phénomène vaso-moteur périphérique et d'après Nothnagel, cité par Marie, le phénomène initial de l'angine de poitrine vaso-motrice serait un spasme généralisé de toutes les artérioles et l'angoisse ainsi que la douleur précordiale seraient dues à l'obstacle qu'apporte à la circulation le resserrement de tous ces vaisseaux et aux efforts qu'il nécessite de la part du cœur. Le point de départ s'annonçait donc par un trouble vaso-moteur périphérique et la douleur cardiaque n'apparaîtrait que secondairement avec ou sans irradiation au cou, à l'épaule, au bras, à l'avant-bras et aux doigts. — « Le cœur est agité par de folles palpitations qui ébranlent la paroi précordiale » ; (Huchard) dans quelques cas au contraire il est calme et ralenti et les pulsations normales. Les caractères du pouls sont variables suivant les cas, « il est fort, vibrant, précipité ou il est faible, petit, serré, presque absent des deux côtés ; d'autres fois

il est rapide, incomptable (180 à 200 pulsations à la minute).

3° *La forme mixte* présente la réunion des troubles névralgies et vaso-moteurs dans le même accès.

Cette distinction, au point de vue pratique, à peu d'importance et la forme la plus souvent observée est l'angine de poitrine à forme mixte.

Le *début* de l'accès est déterminé par l'exaltation des zones hyperesthésiques et hystérogènes qui siègent dans la région précordiale et « il n'est pas douteux que les paroxysmes à forme d'angine de poitrine ne tirent leur caractère dominant de l'exagération d'une aura partie d'une zone hystérogène siégeant sur la paroi thoracique. » (Gilles de la Tourette). Quelquefois ces zones occupent un siège plus éloigné, par exemple les testicules, la région abdominale. Quoiqu'il en soit « la douleur précordiale n'ouvre pas toujours la scène. Il y a souvent une aura périphérique brachiale, caractérisée par de l'engourdissement, des fourmillements des doigts de la main gauche, souvent même par des troubles vaso-moteurs concomitants ». (Rendu).

En même temps existe une hyperesthésie de la peau très pénible pour les malades et certaines zones perdent nettement le caractère des zones hystérogènes dont la pression peut déterminer de véritables crises.

Puis la douleur s'installe nettement au cœur et acquiert son summum. « Ce sont des griffes de fer qui déchirent la peau, un étau qui broie le côté gauche » (Gilles de Tourette) ou bien c'est la sensation de distension, « de cœur trop gros » ; mais en général la douleur n'atteint pas le caractère angoissant qui détermine la terreur et la sensation de mort imminente chez l'angineux vrai.

Le *mode de début* n'est pas le même dans l'*angine par rétrécissement des coronaires*. Ici la douleur est bien d'emblée précordiale. Elle n'est pas précédée par les phénomènes de l'aura périphérique. Le malade est frappé brusquement d'une douleur dont le siège est à la pointe du cœur ou derrière le sternum. Immédiatement elle prend le caractère angoissant qui immobilise le malade sur place : il a la sensation qu'il court un danger immense, que la mort est imminente. « C'est une pause de la vie » (Elsner). La terreur est peinte sur son visage ; « il est pâle, couvert de sueurs, en proie à des menaces de défaillance et de syncope. » (Rendu) ; mais il ne traduit jamais son angoisse terrible par des manifestations extérieures volontaires, ni mouvements, ni cris. Il est figé dans une immobilité effrayante et fait pour ainsi dire sa crise tout seul avec cette conscience que tout mouvement de sa part ou toute intervention d'une personne étrangère ne pourraient que précipiter l'issue fatale. Il attend en silence la fin de cette agonie de souffrances » Huchard. En même temps il éprouve la sensation de compression, d'étau qui semble amener le sternum au contact de la colonne vertébrale, et enfin les irradiations à l'épaule, au bras gauche, aux deux derniers doigts de la main. « Beaucoup plus rarement, en pareil cas, observe-t-on les irradiations maxillaires et cervicales » (Rendu).

Pendant la crise l'attitude du pseudo-angineux est bien différente. Autant la crise d'angine vraie était silencieuse, autant la crise d'angine hystérique est tapageuse. Le malade s'agite, crie, annonce qu'il va mourir, cherche à arracher de sa poitrine un poids qui l'étouffe, demande qu'on lui porte secours. » L'hystérique n'aime pas à souffrir.

frir en silence » Huchard. Il manifeste toujours extérieurement ses souffrances, en les exagérant ; il veut qu'on prenne part à ses douleurs ; il tient à voir autour de lui un entourage disposé à le plaindre ; il n'aime pas à faire sa crise seul.

Dans les deux formes l'état du *cœur* et du *pouls* est variable pendant l'accès. Le rythme cardiaque peut ne pas être modifié ; mais, le plus souvent, pendant le paroxysme de la crise il y a accélération des battements, quelquefois au contraire on observe le ralentissement, parfois enfin des alternances de ralentissements et d'accélération. Cependant en général, dans l'angine vraie le pouls reste calme, et, dans tous les cas, on n'observe jamais l'éréthisme cardiaque avec palpitations violentes comme il peut se montrer dans l'angine hystérique,

Quand, dans l'angine vraie, il n'y a pas coexistence de lésions cardio-vulvulaires ou pulmonaires le *rythme respiratoire* n'est pas modifié et la dyspnée semble purement subjective. Dans l'angine de poitrine hystérique, au contraire, les troubles respiratoires sont fréquents et l'accès peut débiter par une crise d'étouffement ; la respiration est singultueuse ; le malade se plaint de dyspnée, d'oppression, crie qu'il étouffe, respire violemment et avec de grands efforts. Quelquefois il y a arrêt complet de la respiration. La *durée* de l'accès est beaucoup plus longue, en général, dans l'angine de poitrine hystérique que dans l'angine vraie. Elle varie de *quelques minutes* à *plusieurs heures* ; dans ce dernier cas « on a affaire à un véritable état de mal » (Gilles de la Tourette). Les douleurs s'amendent

pendant quelques minutes, puis reprennent de nouveau. Dans l'angine vraie, au contraire, la durée est de 2 à 15 minutes ; l'accès finit quand les troubles déterminés par l'effort ont disparu.

La *terminaison* est brusque ou graduelle chez l'angineux vrai : elle lui laisse l'impression d'un grand danger terminé mais qui peut revenir. Dans l'angine hystérique l'accès se termine assez souvent par une perte de connaissance, par des rires ou des pleurs et des sanglots, ou une abondante émission d'urines, quelquefois par des vomissements de sang dans les formes vaso-motrices.

Les *conditions étiologiques* et *pathogéniques* sont bien différentes dans les deux cas.

Dans l'*angine vraie* la lésion portant sur les artères connaires atteintes de rétrécissement, voire même d'oblitération du fait de l'athérome amène « des troubles de circulation graves dans les parois même du cœur et une ischémie du muscle cardiaque. Cette ischémie ventriculaire est la cause immédiate de la douleur précordiale, de la sensation d'angoisse des malades ; pour peu qu'elle se prolonge elle amène une syncope mortelle » (Rendu).

C'est au moment de l'effort que la circulation pariétale doit être le plus abondante. Or, en raison de la sténose des coronaires c'est à ce moment qu'elle est réduite à son minimum. Voilà ce qui explique le début constant de la crise d'*angine vraie* à l'occasion d'un effort musculaire ou des émotions morales qui troublent violemment l'appareil cardiaque, et le retour paroxystique des accès toutes les fois que les mêmes causes se produisent. C'est un phénomène analogue à la claudication intermittente des chevaux atteints

d'anévrysme de l'aorte abdominale, suivant la comparaison de M. Potain.

Dans l'angine de *poitrine hystérique* le substratum anatomique est une *névralgie des nerfs cardiaques*, des troubles vaso-moteurs, un état spasmodique généralisé à tout le système artériel, et peut-être aux coronaires. Ces troubles fonctionnels ne sont nullement influencés par les efforts. Aussi la crise survient sans cause provocatrice appréciable, ou à l'occasion d'une contrariété ou d'une émotion: le plus souvent sans raison, si bien que dans un grand nombre d'observations on voit que le début a été *nocturne*. « La plupart des angines à début nocturne sont des angines névroses » (Rendu).

L'âge auquel apparaît la crise d'angine fournit aussi des renseignements précieux. En effet dans la statistique de Huchard on voit que sur 141 faits il a trouvé l'angine de poitrine 12 fois avant 10 ans ; 17 fois avant 20 ans ; 51 fois entre 20 et 30 ; 32 fois entre 30 et 40 ; 21 fois entre 40 et 50 et 18 fois après 50.

Le Clerc (Thèse 1887) sur 28 cas, a vu les accès d'angine de poitrine hystérique apparaître 1 fois entre 6 et 7 ans. (Observation de Tommasi, cité par Cardarelli), 1 fois à 13 ans (Landouzy) 2 fois au-dessus de 20 ans ; 8 fois au-dessous de 30 ans ; 8 fois au-dessous de 40 ans ; 6 fois au-dessous de 50 et 2 fois au-dessus. La conclusion c'est que l'angine de poitrine hystérique apparaît chez les *gens jeunes*, l'angor vrai étant l'apanage des gens plus âgés apparaissant en même temps que l'*artério-sclérose*. Il est difficile de tracer une limite d'âge précise entre les deux, l'*artério-sclérose* était plus ou moins précoce, et la pseudo-

angine de poitrine hystérique pouvant survenir chez des gens âgés. Mais il n'en est pas moins vrai qu'au-dessus de 40 ou 50 ans, quand le diagnostic est hésitant, les probabilités doivent plutôt être pour l'accès d'angor vrai. La *multiplicité* des accès est en faveur de l'hystérie (observation de Rigal, 200 crises en 2 ans). L'angor vrai au contraire tue souvent à la 2^e ou à la 3^e crise. Un autre caractère différentiel très important est la *péicodicité régulière* que l'on trouve souvent dans les accès d'angine de poitrine hystérique ; dans certains cas ils se reproduisent avec une précision mathématique et à heure fixe. La coexistence de *troubles névropathiques* précédant, accompagnant ou suivant l'accès, donne pour ainsi dire un caractère de certitude au diagnostic.

Par l'étude analytique des caractères de l'angine de poitrine hystérique, nous avons acquis la conviction de la possibilité du diagnostic avec l'angor vrai. Dans certains cas il peut même être facile. Supposons d'un côté une hystérie manifeste, un accès d'angine de poitrine avec les caractères que nous avons étudiés ; de l'autre aucun signe de cardropathie ou d'affection ayant pu la produire, aucune diathèse, pas d'intoxications, pas d'autre névrose, le diagnostic s'impose.

Mais en général les cas sont beaucoup plus complexes et l'embarras peut être extrême. Pour diminuer les chances d'erreur, il faut éliminer toutes les causes susceptibles de produire des accès d'angine de poitrine, (lésion cardiaque, diathèses, intoxications, causes replexes, autres névroses). Nous énumérerons sans y insister beaucoup, les principales modalités cliniques qui peuvent se présenter.

1^o L'angine de poitrine hystérique peut être la première manifestation de la névrose.

Le plus souvent il existe des stigmates hystériques antérieurs mais qui ont passé inaperçus. Il faut les rechercher avec soin. La première manifestation tapageuse de l'hystérie s'est donc localisée sur le cœur. Quelquefois cette localisation a été déterminée par une cause spéciale qui est considérée par Pitres, comme fréquente. « En général, dit-il, l'angine de poitrine reconnaît pour cause occasionnelle la terreur inspirée aux malades par la vue d'une personne de leur entourage atteinte d'angine de poitrine vraie ou de dyspnée cardiaque. » M. Talamon, nous rapportait dernièrement l'histoire d'une malade qui avait été prise d'accès d'angine de poitrine d'une violence et d'une fréquence extrême, à la suite des soins qu'elle avait donnés à une de ses parentes atteinte elle-même d'angine de poitrine. Des faits analogues d'auto-suggestion ont été rapportés pour d'autres affections. Hanot (Soc. méd. des hopit. avril 1893) a rapporté l'observation d'une pseudo-fièvre typhoïde hystérique où cette étiologie est manifeste. Il s'agit d'une jeune femme venant de soigner dans sa propre famille trois cas de fièvre typhoïde. Elle entre à l'hôpital avec tous les signes de la dothiéntérie. Il est évident que dans ce cas le tableau de la fièvre typhoïde s'était fixé dans l'esprit de la malade, s'y était développé avec assez de force pour pouvoir se réaliser objectivement. Le développement de ces idées fixes, chez des prédisposés, joue un grand rôle dans la genèse des accidents hystériques. Si elles n'expliquent pas tous les symptômes observés dans cette névrose elles semblent du moins agir comme causes

déterminantes des formes des phénomènes ou de leurs localisations. Dans le cas particulier, on ne s'explique pas bien comment l'idée fixe de l'angine de poitrine peut amener les troubles dans l'innervation du cœur qui constituent le syndrome en question, mais on comprend assez bien qu'une sensation pénible ressentie dans la région précordiale puisse être exagérée et prendre les caractères de l'angine de poitrine chez une personne impressionnable qui en a conservé tous les traits gravés dans son esprit. Elle peut se croire atteinte d'angine de poitrine et en réaliser objectivement toutes les phases.

2° Coexistant avec l'hystère il peut y avoir chez la même personne des *troubles de l'estomac, de l'intestin, du foie, des nerfs périphériques* susceptibles à eux seuls de déterminer des crises de pseudo-angine de poitrine. En un mot il faut faire le diagnostic entre l'angine de *poitrine hystérique* et les *pseudo-angines réflexes*.

D'abord l'attention sera attirée sur ces troubles fonctionnels. Le mode d'apparition, le moment, la durée, les phénomènes concomitants, les variations parallèles entre les troubles fonctionnels de l'estomac et du foie et les accès d'angine de poitrine, les modifications obtenues par une thérapeutique appropriée permettront, au bout d'un certain temps, de faire le diagnostic.

3° Des considérations analogues peuvent être faites dans les cas où l'hystérique atteint d'angine de poitrine présente en même temps des symptômes *d'intoxication* (Tabagisme, abus du thé, du café, intoxication oxy carbonée). *Sublata causa, tollitur effectus*. Il faut donc songer

à rechercher ces intoxications, pour pouvoir les faire disparaître et en même temps les crises d'angine de poitrine.

4° Une modalité plus embarrassante est fournie par l'association de plusieurs névroses chez le même individu (hystérie, neurasthénie, mal. de Basedow) constituant une sorte de *névrose complexe*, et agissant probablement comme telle ; dans tous les cas il paraît à peu près impossible de faire la part de chacune d'elles dans l'ensemble des troubles observés. Pitres a cité des cas de névrose complexe à la suite de traumatismes. Nous avons résumé une observation d'Audry (Lyon médical 1887) où l'angine de poitrine est survenue chez un malade hystérique atteint de goitre exophtalmique.

5° Il existe des angines de *poitrine diathésiques*, (Rhumatisme, goutte Diabète). L'hystérie, qui leur est associée assez souvent d'après Landouzy, peut jouer un rôle dans la production de l'accès. Aussi comme les maladies indiquées ci-dessus produisent fréquemment des lésions cardio-aortiques on peut voir chez le même individu des crises d'*angine mixte*, admises par Potain et Huchard et dont plusieurs observations sont rapportées dans la thèse de M^{me} Tikomiroff, (1895).

Il en est de même toutes les fois que l'hystérie est associé à une *lésion cardio-aortique*. Le diagnostic de ces crises d'angine de poitrine mixte peut être difficile, mais il est possible ; il repose sur les caractères différentiels que nous avons étudiés plus haut et la question se ramène à faire le diagnostic entre *l'angor vrai* et *l'angine de poitrine hystérique*.

Dans le cas d'association de l'hystérie et de la cardio-

pathie chez le même individu on peut voir se succéder des crises d'angor vrai et des crises de pseudo-angine, apparaissant à des moments différents. Mais les deux éléments, cardiopathie et hystérie, peuvent s'ajouter pour former un accès *mitigé* ; l'hystérie modifie les caractères de l'angor vrai, exagère les symptômes, donne à l'ensemble un aspect tapageur que l'on n'observe pas en général dans la sténocardie organique. Il en résulte que suivant la prédominance de tel ou tel symptôme on sera porté à penser à un trouble organique ou fonctionnel. Il faut songer que les deux peuvent être associés.

« Chez un sujet hystérique, lorsqu'une affection organique se développe les symptômes relatifs à chacune des deux affections peuvent se combiner de manière à constituer un *métis pathologique* dont l'histoire naturelle doit être bien connue du clinicien. » (Charcot).

Dans les cas les plus difficiles, quand, malgré l'examen de tous les détails de la crise d'angine, on reste hésitant, et pour ne pas s'exposer à déclarer absolument bénigne une affection qui peut tuer le malade le jour même, ou, au contraire, considérer comme fatale une maladie qui disparaîtra subitement et se terminera par la guérison, Gilles de la Tourette conseille l'*examen des urines*. « Nous ne savons pas, à la vérité, dit-il, ce qui se passe dans l'angine organique, mais jusqu'à présent, la formule chimique que nous avons donnée, avec M. Cathelineau, des accès hystériques douloureux ou autres, s'est trouvée vérifiée et reste particulière à la névrose. »

D'après ces auteurs, dans tous les paroxysmes hystériques survenant sous forme d'accès soit simples, soit

prolongés, le poids du résidu fixe (urée, chlorures, sulfates, phosphates) de l'urine des 24 heures est diminué d'un tiers en moyenne et, de plus, l'acide phosphorique terreux uni à la chaux et à la magnésie, au lieu d'être dans le rapport de 1 à 3 avec l'acide phosphorique alcalin (soude et potasse), comme à l'état normal, les quantités respectives des deux acides tendent à s'égaliser. Il y a *inversion de la formule des phosphates*.

Il ne faut donc pas négliger ce nouvel élément de diagnostic qui ne pourra être d'un grand secours dans les cas difficiles, puisqu'il indique la nature hystérique du paroxysme. En particulier, dans les cas que nous avons signalés, où l'hystérie est associée à d'autres causes organiques nerveuses, réflexes, toxiques, diathésiques susceptibles de produire l'accès angineux, l'examen des urines montrera si oui ou non l'hystérie est en cause.

Si l'on ne trouve pas la formule chimique donnée par Gilles de la Tourette et Cathelineau, c'est que l'hystérie n'agit pas comme agent producteur de l'angine.

Tous les accidents angineux survenant chez les hystériques ne sont pas d'origine hystérique. Une ou plusieurs des causes capables de produire le syndrome que nous étudions, peuvent se rencontrer en même temps que l'hystérie, sur le même individu et, dans certains cas, ce n'est pas la névrose qui produit l'accès, tantôt c'est une intoxication, tantôt une action réflexe, tantôt une lésion cardio-aortique.

Inversement, dans l'angine de poitrine hystérique, l'éréthisme cardiaque peut être tel, les contractions du cœur si violentes, les palpitations si fortes que, sous leur

influence, il peut se produire des *souffles transitoires* (Huchard, Rendu) qui peuvent en imposer pour une affection organique et faire croire à une crise d'angor vrai chez un cardiopathe.

Donc, dans ces cas si complexes, on ne peut s'entourer de trop d'éléments de diagnostic et on sera très heureux de trouver, dans l'examen des urines, un argument décisif.

Le nombre des observations d'angine de poitrine hystérique est considérable ; nous nous contenterons d'en résumer quelques-unes, de préférence celles qui présentent les caractères typiques et celles qui sont des exemples des différentes modalités que nous avons distinguées. Huchard a fait une statistique de 141 cas. On en trouve d'autres signalés dans les thèses de Aubry, Le Clerc (28 cas), Albot, Chevillot, Tikomiroff.

OBSERVATION IV (résumée). — P. Marie, *Revue de médecine*, 1882

Angine de poitrine hystérique au cours de l'hystérie convulsive, sans lésion du cœur ni des vaisseaux
Forme vaso-motrice.

Il s'agit d'une femme Aurel, qui a eu des *attaques convulsives* à 16 ans 1/2, à la suite d'une violente émotion (un frère et un neveu écrasés sous ses yeux).

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires.
A 17 ans, pendant la nuit, *première attaque d'angine*

de poitrine (douleur dans le bras gauche et dans le petit doigt ; oppression et suffocation). A partir de ce moment, *retour des accès* 8 à 10 fois par an.

A 25 ans, *faiblesse des jambes* si considérable, que la marche devient impossible.

A 30 ans, entrée à la Salpêtrière, pour de violentes attaques d'hystérie ; pendant un moment, on pense que c'était de l'épilepsie vraie. Peu à peu, elle recouvre l'usage des jambes, mais pendant un certain temps, elles restent agitées de *tremblement* dans la station debout.

De 37 à 55 ans, le nombre des attaques d'hystérie diminue.

De 55 à 66 ans, on n'en observe aucune.

A 66 ans, une attaque violente mais unique à la suite de contrariétés. Les crises d'*angine de poitrine*, moins nombreuses qu'au début, n'ont pas cessé complètement (6 à 7 par an, jusqu'à 65 ans ; 2 de 66 à 67 ans).

Jamais aucun signe de lésion du cœur ou des gros vaisseaux.

Caractères de l'accès. — Début brusque en pleine santé par une sorte d'*aura périphérique* : « douleur dans le petit doigt, du côté gauche, avec irradiation dans l'avant-bras, le bras et même le mamelon du même côté. » Puis oppression et angoisse *précordiale*. Ralentissement, puis arrêt pendant quelques secondes, de la respiration coïncidant avec une rougeur de la face comme dans l'effort violent.

Pouls presque insensible à la radiale gauche, normal à droite. 90 pulsations.

Troubles vaso-moteurs précédant toujours les crises d'angine. Refroidissement des membres inférieurs et de toute la partie gauche du corps, qui « devient comme du marbre », constaté objectivement.

Dans l'intervalle des crises, l'engourdissement du petit doigt gauche persiste ; l'exacerbation de la douleur commence par le petit doigt, éclate quelquefois immédiate-

ment avant la crise d'angine ou la précède de 1, 2 ou même 3 jours. *Durée de l'accès* : 2 heures.

OBSERVATION V (Résumée), publiée par Marie (Arch. de méd. 1882), d'après Cordes.

Angine de poitrine chez une hystérique sans lésion du cœur (forme vaso-motrice).

Dame du meilleur monde, 31 ans, manifestement hystérique. Huit jours après une poussée de rhumatisme articulaire aigu, premier accès d'*angine de poitrine*. Dans les trois mois qui suivirent 12 nouvelles crises toujours déterminées par des *impressions psychiques* (chagrin, colère).

Les accès étaient toujours précédés d'un *refroidissement considérable des extrémités*, allant en diminuant à mesure qu'on se rapprochait du tronc. Impossibilité de réchauffer la malade pendant l'accès. La carotide, la radiale et toutes les autres artères superficielles faciles à observer étaient revenues sur elles-mêmes et présentaient une forte tension (au sphygmomanomètre diminution de l'amplitude des vibrations).

Pupille gauche élargie. Trajet du sympathique douloureux à gauche.

Jamais on n'a constaté la *moindre lésion cardiaque*.

OBSERVATION VI (Résumée). Huchard. Prog. méd. 1889.

*Type d'angine de poitrine hystérique (forme mixte
neuralgique et vaso-motrice).*

Jeune femme, 30 ans, bien constituée. Antécédents asthmatiques : Père dyspeptique, lithiasse biliaire ; mère nerveuse, très impressionnable, migraines, douleurs de rhumatisme vague ; sœur hystérique ; grand-père paternel mort d'anévrysme de l'aorte ; grand-père maternel de maladie de cœur ; grand'mère maternelle d'hémorrhagie cérébrale ; une tante goutteuse.

Stigmata hystériques : anesthésie complète de l'épiglotte, hyperesthésie avariennne gauche, hémianesthésie sensitive et sensorelle avec dyschromatopsie du même côté.

Accès d'angine de poitrine. Tous les soirs à la même heure, pendant le calme le plus absolu, sans aucun effort apparition « de palpitations violentes et de douleur très vive au niveau du 3^e espace intercostal gauche, sensation de constriction thoracique, irradiation jusqu'au cou, à la mâchoire et à l'épaule gauche avec engourdissement de tout le bras ; le pouls est vibrant et précipité, la face vultueuse. La malade, en proie à une anxiété extrême s'écrie qu'elle va mourir si on ne lui porte secours, elle demande de l'air et fait ouvrir les fenêtres. Les mains et les extrémités inférieures sont froides et presque glaciales, elle claque des dents, en proie à un violent frisson et ne se calme qu'après une heure ou même une heure et demie ». Quelquefois les troubles vaso-moteurs dominant la scène : la face est pâle, les bras et le bout des doigts sont blancs et presque exsangues, les extrémités froides. La malade porte à chaque instant sa main au cœur, voulant y arracher un poids

énorme qui l'étouffe. Irradiation de la douleur jusque dans les doigts de la main gauche. Amblyopie succède à la crise qui a duré 2 h. 1/2.

OBSERVATION VII. — Mac Dorwal (Edimburg
médical journal. 1881).

Angine de poitrine hystérique

Jeune fille issue d'un père adonné à l'ivrognerie, ayant des épileptiques dans sa famille : elle-même somnambule dans son enfance et poursuivie dans sa jeunesse par des hallucinations tenaces.

A 17 ans, première attaque de rhumatisme aigu.

A 20 ans, deuxième attaque de rhumatisme aigu.

Sans *retentissement apparent sur le cœur*.

Deux mois après la deuxième attaque de rhumatisme, *violent accès d'angine de poitrine*, Pendant six semaines les attaques revinrent puis se calmèrent sous l'influence des narcotiques à haute dose.

A la suite de la catastrophe du pont de la Tay qui impressionna vivement la malade, elle fut prise de *manie aiguë* et dut être internée dans un asile.

Pendant son séjour à l'asile, les accès d'angine reparurent avec une grande intensité, avec sensation de détresse profonde et d'agonie véritable. Douleur excessive de la région précordiale sans irradiations bien nettes du côté de l'épaule et du bras. Le cœur battait rapidement avec quelques intermittences, le pouls était vif et bondissant, mais ce qui dominait était une *hyperesthésie excessive de la région cardiaque*. La pression très brusque de la poitrine produi-

sait un certain soulagement. Les crises se produisaient soudainement sans provocation aucune, aussi bien la nuit que le jour.

Stigmata hystériques : Hémiplogie avec anesthésie gauche. Le seul traitement qui calmait la malade était la morphine à hautes doses en injections sous-cutanées.

OBSERVATION VIII. — Huchard. Progrès médical. 1889.

Angine hystérique chez l'homme (Troubles cardiaques antérieurs).

Homme de 34 ans, pharmacien, présente de l'insensibilité de l'épiglotte et léger degré d'anesthésie gauche ; caractère mobile et fantasque, issu d'une mère arthritique et hémorrhédaire.

Réformé pour *une maladie de cœur*. Peu de temps après, 1^{re} crise d'angine de poitrine sans cause ni provocation aucune. Douleur subite avec angoisse mais sans irradiation. Refroidissement des membres et de tout le corps au point de le faire grelotter. Durée de la crise : quelques minutes, terminée par des bâillements. Trois ou quatre mois après, deux nouveaux accès, puis un accès par mois, pendant 5 ans. Dans l'intervalle des accès, insomnie, palpitations, douleur à la pression de la région précordiale. Le malade fumait peu et sans inconvénient.

Le malade vu par M. Huchard 14 ans après le moment où il avait été réformé ne présentait *aucun signe de cardiopathie*. Il est donc probable qu'il avait eu vers l'âge de 20 ans des palpitations et peut-être un certain degré d'hypertrophie qui avait fait croire au médecin militaire que le sujet avait une affection du cœur. Il est très vraisemblable que

l'état névropathique du cœur constaté à ce moment était sous l'influence de l'hystérie et c'est un exemple frappant qui prouve que l'hystérie peut *simuler*, à s'y méprendre, une *cardropathie organique*.

OBSERVATION IX (inédite), rédigée d'après les notes de mon ami le Dr Martin.

(*Angine de poitrine hystérique, 1^{re} manifestation de la névrose*).

Femme de 33 ans. Aucun antécédent morbide. Pas de rhumatisme. Pas d'attaques de nerfs antérieures. Caractère sombre et triste — ni très excitable, ni très impressionnable. Menstruations régulières, même pendant le cours de la maladie. Accouchement il y a sept ans. Suites de couches normales. Enfant mort à 5 ans d'accidents méningés.

En 1894, au mois d'août, à la suite d'une contrariété, développement de *palpitations* très violentes, mais seulement pénibles au début, avec arythmie. 120 Pulsations environ à la minute.

A l'auscultation : *souffle systolique* à la pointe que l'on continue à entendre pendant 2 mois. Pas de fièvre, aucun trouble général notable. Pas d'albuminurie.

Le diagnostic reste hésitant pendant les 5 premiers jours, mais à partir de ce moment la malade est prise de *douleurs* à la *région précondiale* extrêmement pénibles, angoissantes, lui arrachant des cris et déterminant des contorsions : la malade crie qu'elle étouffe et porte sa main à la région précordiale comme pour en arracher un poids qui l'opprime. Irradiations dans l'épaule gauche, mais n'ayant pas jusqu'au coude. Le début avait été brusque sans

cause déterminante appréciable. Pas d'émotion vive, pas d'effort musculaire.

Pendant les 3 jours qui suivirent la 1^{re} attaque se développe une série de *crises subintrantes* dont le nombre peut être évalué de 12 à 15 par 24 heures, ayant les mêmes caractères d'intensité et de durée (10 minutes à 1/4 d'heure), quelquefois 2 ou 3 crises se succèdent séparées seulement par un intervalle de 2 minutes. Elles sont aussi bien nocturnes que diurnes.

Pendant les crises, les battements du cœur et le pouls sont réguliers mais non précipités.

En présence de cet appareil symptomatique, on recherche l'état de la *sensibilité* : anesthésie en plaques des deux côtés ; anesthésie conjonctivale ; rétrécissement du champ visuel très marqué. Zone hypéresthésique au-dessous du sein gauche et dans le dos. Pas d'ovaralgie.

Sous l'influence du traitement par le valérianate d'amyle les accès qui étaient subintrants deviennent moins fréquents. Pendant 1 mois et demi la malade a en moyenne 1 crise d'angine par jour. Dans l'intervalle des accès, sensation de fatigue générale, mais toutes les fonctions s'exécutent normalement.

Pendant 3 ou quatre mois, la malade n'a plus que de rares accès d'angine de poitrine et à partir du mois de janvier 1895 ils ne reparaissent plus, mais elle est devenue encore plus sombre et plus apathique.

En février 1895, apparition d'un *œdème* occupant toute la surface du corps, sauf la face ; c'est un œdème blanc, non douloureux, ne se laissant pas déprimer par le doigt et qui s'est installé en 2 jours. Pas d'albumine. Quantité d'urines normales. Rien au cœur ni dans les autres organes.

En septembre 1895, l'œdème persistant, de *nouveaux accès d'angine* de poitrine réapparaissent, après une interruption de 8 mois, mais ils sont moins nombreux et moins intenses.

On renouvelle le traitement par le valérianate d'amyle et l'état s'améliore.

La malade n'est pas suivie au-delà de la fin de septembre ; à cette époque l'œdème persiste et il y a encore quelques rares crises d'angine de poitrine.

Nous concluons qu'il s'agit d'angine de poitrine hystérique et quelle a été la première manifestation apparente de la névrose.

OBSERVATION X. — Huchard. — Progrès méd. 1889.

Angine de poitrine hystérique. 1^{re} manifestation de la névrose).

L'hystérie peut débiter par le cœur et ses premiers symptômes se traduire par des palpitations, des syncopes, des lipothymies ou des accès angineux.

Femme de 35 ans. Prise d'accidents nerveux et cardiaques si intenses et si prolongés que l'on avait pensé à une crise d'angine de poitrine grave.

1^{er} Accès, il y a 6 mois. Début pendant la nuit, sans cause appréciable. Depuis est restée couchée dans son lit, n'osant faire un mouvement et ayant jusqu'à 40 et 50 accès angineux par jour, survenant sans cause et sous l'influence de la plus petite émotion, mais jamais par l'effort.

Pendant l'accès la respiration est précipitée, singulière, entrecoupée. La douleur débute au niveau de la région cardiaque, remonte jusqu'à l'épaule seulement. Hyperesthésie très marquée au niveau du rachis et dans les espaces intercostaux du côté gauche ; hyperesthésie ovarienne du côté gauche et la pression à ce niveau détermine une irradiation vers la région du cœur, avec menace de syn-

cope et de sténocardie. Névralgie phrénique. Douleur occipitale. Antérieurement à son premier accès *aucun accident nerveux ni cardiaque*. Elle a donc commencé son hystérie par le cœur.

OBSERVATION XI (inédite), due à l'obligeance de M. Talamon, d'après les notes prises par M. Vassal, externe du service.

Angine de poitrine hystérique. — Rien au cœur.

B... Eugène, 32 ans, épicier.

En 1885, au Tonkin. fièvres intermittentes. Depuis son retour il a des accès à des intervalles très éloignés. Pas de rhumatisme.

Le 21 janvier 1895, il fut pris en revenant de son travail, d'une douleur très vive dans la région précordiale avec sensation de constriction thoracique. Il lui semblait qu'il était serré dans *un étau*. *Irradiation* de la douleur dans le bras gauche, l'avant-bras et les doigts. Le malade compare la douleur dans le bras gauche à une *décharge électrique*.

En même temps angoisse extrême et dyspnée très vive. Pas de perte de connaissance. Durée : 20 minutes.

Après l'accès un peu de fatigue et de courbature.

A l'auscultation : Rien au cœur ; pas d'arythmie ; pas de signes de lésions valvulaires. Rien au poumon.

Pendant son séjour à l'hôpital qui a duré 20 jours, il a eu 4 nouvelles attaques semblables. En aucun moment, l'auscultation quotidienne n'a pu faire découvrir le moindre signe d'altération du cœur.

D'autre part, il est hystérique : il est très émotif, rit et pleure facilement et lorsqu'il est contrarié il a la sensation

de constriction à la gorge. Points ovarien et mammaire du côté droit. Anesthésie conjonctivale. Pas de rétrécissement du champ visuel.

OBSERVATION XII (inédite), due à l'obligeance de
M. Talamon.

Angine de poitrine avec perte de connaissance.

Serg. F., âgé de 56 ans, bijoutier.

Entre à l'hôpital pour la grippe.

Il y a 20 ans, marchant dans la rue, il fut pris d'une douleur extrêmement violente à la région précordiale avec sensation de constriction à la base du thorax. Irradiation dans le bras gauche avec fourmillements dans les doigts. Cet accès fut suivi de chute avec perte de connaissance. Il fut transporté à l'hôpital Beaujon où l'on fit le diagnostic d'*angine de poitrine*.

Depuis cette époque le malade s'est toujours bien porté et n'a pas eu de nouvel accès.

Les bruits du cœur sont sourds et voilés, mais il n'y a pas de signes de lésions valvulaires.

Stigmata hystériques : Après les contrariétés, il a souvent la sensation de constriction à la gorge suivie de chute avec perte de connaissance.

Point ovarien et mammaire. Anesthésie conjonctivale.
Pas d'anesthésie pharyngée.

OBSERVAT. XIII. — Landouzy (Progrès médical 1883)

(Angine hystérique chez les cardiaques et les aortiques)
(malade devenue diabétique plus tard)

Femme arthritique, se plaint de *palpitations* parfois la prenant sans cause, le plus souvent à propos d'un effort.

Rétrécissement sus-aortique et *athérome* de la crosse de l'aorte. Au moment de la ménopause elle est prise d'une série d'accidents nerveux : météorisme, crises de larmes, crises de rire, œsophagisme, névralgies mobiles, paralysie transitoire et soudaine, accès de *palpitations*, de congestion pulmonaire sans fièvre, de perte de mémoire, difficulté de la parole, petites crises convulsives, etc., et enfin de *crises d'angine de poitrine* survenant à plusieurs reprises, sans cause apparente, sans que l'état organique cardio-vasculaire parût changé, et surprenant la malade au repos dans son lit.

Ces caractères sont ceux de l'angine de poitrine hystérique. Mais on remarquera que les palpitations survenaient souvent à la suite d'efforts, de l'ascension d'un escalier ; je ne serais donc pas éloigné de croire qu'une partie des symptômes était due à la lésion organique et l'autre à la névrose.

OBSERVATION XIV. — Inédite, due à l'obligeance de M. Talamon.

Angine de poitrine hystérique chez un cardiaque

L... Victor, 26 ans, couvreur. — Variole à 2 ans ; à 22 ans, fièvres intermittentes au Tonkin.

Redhon

Entre pour une *affection cardiaque* remontant à 3 ans environ, survenue à la suite d'une attaque violente de rhumatisme ayant duré 2 mois. Soigné par M. Huchard qui voit se développer une endocardite avec localisation sur la mitrale. Déjà à cette époque il commence à avoir des accès d'angine de poitrine. Il est pris brusquement par des douleurs lancinantes à la région précordiale avec sentiment de constriction derrière le bord gauche du sternum et *irradiation* dans l'épaule, le coude et les 2 derniers doigts ; la respiration est gênée mais il n'a aucun sentiment d'angoisse.

A deux ou trois reprises, vomissements de sang. avec absence de troubles stomacaux.

Depuis cette époque ces accès se reproduisent très souvent ; parfois il en a 2 ou 3 dans 24 heures. Ils surviennent de *préférence la nuit* et durent de 5 à 10 minutes. Ils ne sont déterminés par aucune cause appréciable.

Examen du malade. — *Cœur*, la pointe bat en dehors et au-dessous du mamelon. Frémissement cataire. Roulement présystolique avec dédoublement du 2^e bruit à la pointe. Rien à la base.

Lésion bien compensée : seulement essoufflement et palpitations pendant les efforts.

Le *foie* est légèrement douloureux, mais pas d'augmentation de volume. Rien aux poumons.

Pas d'albumine dans les urines.

Stigmates hystériques. — Abolition du réflexe pharyngien, plaques d'anesthésie sur la cuisse droite et la région antérieure du thorax à droite. Zone hypéresthésique dans la fosse iliaque droite. Jamais d'attaques de nerfs.

Il s'agit bien d'angine de poitrine hystérique, comme le montre l'évolution, la durée des accès. Il est même probable que la suggestion a joué un certain rôle dans la production du 1^{er} accès, étant donné qu'au lit même du malade, ou à propos de ses voisins, M. Huchard traitait

souvent les symptômes de l'angine de poitrine et que l'esprit du malade en aurait été vivement frappé.

OBSERVATION XV. — Résumée (Albot. Th. Paris 1891)

Rétrécissement mitral. Crises de pseudo-angine de poitrine hystérique. — Autopsie.

Chuff..., cordonnier, 24 ans.

Antécédents héréditaires névropathiques.

Antécédents personnels. — Incontinence d'urine jusqu'à 5 ans 1/2 ; chorée jusqu'à 13 ans 1/2 ; fièvres intermittentes à 24 ans. Rhumatisme articulaire aigu. Plusieurs pertes de connaissance à la suite de contrariété. De temps en temps palpitations, essoufflement, sensation de constriction à la gorge.

La 1^{re} crise d'angine de poitrine apparaît à la suite d'une contrariété (affaires d'intérêt). La douleur part du flanc gauche, irradiant d'un côté vers l'aîne et la cuisse et de l'autre vers le mamelon ; alors apparaissent les palpitations avec sentiment d'anxiété, avec constriction du thorax et sensation de boule serrant la gorge et déterminant la suffocation, De la région précordiale irradiation de la douleur dans le cou et la nuque du côté droit et surtout dans tout le membre supérieur gauche, jusque dans les deux derniers doigts qui deviennent engourdis, douloureux et prennent une coloration blanchâtre ou violacée. *Durée 1/4 d'heure.* Elles laissent après elles l'endolorissement du membre supérieur gauche et sensation de brûlure au niveau de l'hypochondre gauche. Elles reviennent 2 ou 3 fois dans les 24 heures, provoquées par l'émotion ou la

contrariété la plus insignifiante, mais nullement influencées par le mouvement. Pas de sensation de mort imminente.

Points hystérogènes dans l'hypochondre gauche ; dans la région épigastrique ; un peu au-dessous du mamelon gauche ; au milieu du sternum ; en deux points de la colonne vertébrale ; et enfin dans les régions correspondant au siège des ovaires chez la femme.

Cœur. — Palpitations après les moindres mouvements. Au repos 80 pulsations à la minute. Pointe bat dans le 6^e espace intercostal. Augmentation de la matité cardiaque. *Souffle pérystolique* à la pointe et *dédoublement* du 2^e bruit.

Après l'application d'un aimant on voit disparaître les crises d'angine de poitrine, pendant 10 jours ; mais il est emporté par une pneumonie.

Autopsie. — Cœur gros ; pas d'insuffisance mitrale, mais les valves de la mitrale sont très épaissies, indurées et présentent de petites végétations, les unes de consistance cartilagineuse, les autres fibrineuses. Une végétation relie les 2 valves par un point fibreux subdivisant l'orifice.

Orifice aortique sain. Coronaires nullement rétrécies.

Les nerfs cardiaques ne présentent aucune lésion apparente.

Hépathisation rouge du poumon droit à la base.

Rien dans les autres organes.

OBSERVATION XVI (Résumée). — Albot (Thèse de Paris. 1891)

Insuffisance mitrale. Accès d'angine de poitrine hystérique. Guérison par les aimants.

Tod..., cordonnier, âgé de 35 ans.

Antécédents nerveux héréditaires.

Toujours bien portant jusqu'à l'âge de 20 ans, à cette époque *rhumatisme* articulaire aigu ayant duré 3 mois qui semble s'être compliqué immédiatement d'*endocardite*.

Jamais de crises de nerfs ; caractère irascible, bizarre et changeant. Il entre à l'hôpital parce que depuis 3 mois il éprouve des douleurs violentes à la région du cœur. Chaque crise se caractérise par une douleur subite siégeant surtout à la région précordiale et s'irradiant dans le cou et dans tout le membre supérieur gauche ; elle survient à n'importe quelle heure de la journée ou de la nuit, aussi bien pendant les mouvements qu'à l'état de repos. Durée : 1¼ d'heure à 1½ heure. Sensation de mort imminente.

Cœur : *Souffle systolique* à la pointe se propageant dans l'aisselle. Pouls petits et régulier.

Stigmates *hystériques* ; Hémianesthésie sensitivo-sensorielle à droite : sensibilité à la chaleur, au tact, à la piqure est complètement abolie. Rétrécissement considérable du champ visuel du côté droit. Anesthésie pharyngée.

Traitement d'abord par le bromure de potassium puis par l'application de 2 forts aimants, pendant 24 heures, l'un à côté du bras, l'autre à côté de la jambe. La première nuit le malade a eu une crise d'angine, l'hémianesthésie a changé de côté. Pendant les 8 jours suivants on continue les applications d'aimants et il n'y a plus de crises d'angine de poitrine. Quand le malade est sorti il n'avait pas eu d'accès depuis 20 jours.

OBSERVATION XVII. — Huchard. (Progrès
Médical 1889).

(*Angine hystérique chez les cardiaques héréditaires*)

Par le fait d'antécédents héréditaires cardiopathiques il semble que le cœur des descendants soit prédisposé aux

troubles fonctionnels. L'hérédité aurait créé sur l'organe en *locus minoris resistentiæ*.

Femme de 34 ans, *filles de cardiopathe*. Pâle, anémique, extrêmement nerveuse et impressionnable, souffre depuis 14 mois de *palpitations* très pénibles, surtout *nocturnes* et d'abord suivies de quelques sensations anginoïdes : douleur au cœur, angoisse précordiale, sensation de *cœur trop gros*, quelques fourmillements dans le bras gauche avec sensation de doigt mort : puis attaque de douleur précordiale *nocturne* très violente avec angoisse pénible durant une *heure*, et crainte de mort prochaine, irradiations vers le cou, l'épaule et l'avant-bras avec engourdissement et pseudo-parésie du membre supérieur gauche. *Palpitations* très vives. Anhélation.

Le début de l'accès, un peu avant *minuit* avait été marqué par un frisson général intense avec claquements de dents, tremblement des membres, refroidissement considérable très appréciable à la main, sueurs très froides et état cyanotique des extrémités. — Petitesse extrême du pouls constatée par le mari qui est médecin.

Examen plusieurs fois répété du *cœur et des vaisseaux*, toujours *négatif*. Stigmates *hystériques* constatés 12 jours après l'accès : hémianesthésie gauche incomplète, anesthésie complète du pharynx et de l'épiglotte ; douleur légère au niveau de l'ovaire gauche ; extrémités refroidies.

OBSERVATION XVIII. — Chevillot, Thèse 1893.

(*Pseudo-angine hystérique chez un angineux vrai*)

P. L..., comptable, 46 ans.

En 1870 *Rhumatisme* articulaire aigu ayant duré 5 mois sans manifestations cardiaques appréciables, si bien

qu'il continue son service militaire. Santé parfaite jusqu'en 1889. A ce moment éblouissement survenant sans cause, avec sensation de mouches volantes, des *palpitations* étant survenues, il entre dans le service du Dr Chauffard qui diagnostique *insuffisance et rétrécissement aortique* et le traite par des cautères. Il sort en janvier 1890, très amélioré.

Jusqu'en 1893 il a des occupations qui l'obligent à se fatiguer et à marcher beaucoup. Néanmoins il n'a pas d'œdème des jambes et se plaint seulement d'éblouissements et de sueurs froides survenant sans cause.

En 1893, *pendant la marche* il ressent dans la région précordiale une douleur violente très brusque, semblable à une commotion électrique, sans angoisse. Au bout de 2 minutes il reprenait sa marche sans rien d'anormal.

Huit jours après, toujours pendant la marche, nouvelle crise identique à la première.

Le 15 septembre, en marchant, nouvelle crise mais beaucoup plus violente avec angoisse et douleur irradiée au bras ; la douleur fut si forte qu'il tomba mais sans perdre connaissance, 8 jours de repos sans accidents.

Le lendemain du jour où il reprenait son travail 4^e crise avec angoisse extrême l'obligeait à entrer à l'hôpital.

Pendant son séjour à l'hôpital quelques douleurs fugitives survenant spontanément.

Dix jours après sa sortie il a, 3 jours de suite, pendant la marche, une crise d'angine vraie. Mais une nouvelle crise spontanée, plus forte que les autres, avec irradiation dans le bras surprend le malade *pendant qu'il était couché*.

L'engourdissement du bras persiste 5 ou 6 heures pendant lesquelles le malade ne peut faire aucun mouvement.

A l'auscultation léger *souffle systolique* et *souffle diastolique* très net à l'aorte. Dans la région mésocardiaque *bruit de râpe systolique*. Pas d'hypertrophie du cœur, pas de dilatation de l'aorte. Pas d'athérome. Pouls régulier.

Stigmates *hystériques*. Hémianesthésie du bras gau-

che et du même côté diminution de la force musculaire.

Douleur à la pression dans les 2^e et 3^e espaces intercostaux, du bord du sternum à la ligne intermamelonnaire, le maximum étant dans le 3^e espace au niveau du mamelon. La région de la pointe n'est pas douloureuse; à cause de ces stigmates et des caractères du dernier accès d'angine de poitrine survenu spontanément, sans effort, Huchard porte le diagnostic de pseudo-angine de poitrine hystérique chez un angineux vrai. Ce malade est encore en traitement (1893).

OBSERVATION XIX (résumée). — M^{me} de Tikomiroff
(Thèse, 1894)

*Angine de poitrine mixte. — Dilatation aortique. —
Nervosisme*

Femme de 52 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Dans sa jeunesse, anémique, nerveuse, souffrait souvent de névralgie faciale, mais ne présentait pas de stigmates d'hystérie. Les premières douleurs *d'angine de poitrine* apparaissent en 1883, à la suite d'une contrariété d'ordre intime. En marchant dans la rue, elle fut prise tout à coup d'une douleur très vive, constrictive dans la région sternale, qui lui comprimait le thorax et la forçait de s'arrêter en proie à une sensation terrifiante de mort imminente. Il lui semblait qu'en faisant encore un pas, elle allait tomber morte. Cette douleur angoissante dura quelques minutes et se termina aussi brusquement qu'elle était apparue. La respiration n'était pas gênée pendant l'accès. Ces crises revenaient de temps en temps, mais jamais spontanément. Celles de la nuit survenaient même à la suite de mauvais rêves, cauchemars, de quelque agitation. Le plus souvent,

la douleur irradiée au bras s'arrêtait au coude, quelquefois elle gagnait les deux bras, le cou et l'oreille.

Il y a trois ans, les crises devinrent plus fortes et plus fréquentes. Toute contrariété, ou la marche un peu rapide, parfois le mouvement de se mettre au lit, ou l'ingestion de quelques cuillerées de potage au repas du soir, faisaient éclater l'accès.

Depuis 18 mois, elle a des crises présentant des caractères particuliers. A la suite du froid, elle commence par avoir des picotements dans le membre supérieur gauche, puis une douleur lancinante se propage au cœur et la crise éclate en se traduisant par des palpitations, suffocations, sueurs profuses et se terminant par un *besoin urgent d'uriner*. Ces crises surviennent *spontanément pendant le repos, plus souvent la nuit*. La malade s'agite, se lève, reste assise ou debout, mais jamais couchée. Le pouls est dur, bondissant et régulier ; les crises sont de plus longue durée que les premières, et se suivent si rapidement, que parfois, de minuit à 6 heures du matin, la malade est prise de 5, 6 accès. Le membre reste douloureux à la pression quelques heures encore après l'accès. Son caractère a bien changé, elle dit être presque toujours nerveuse, excitée, même dans l'intervalle des crises.

Donc cette malade a deux sortes d'accès : les uns, survenant à la suite d'un effort, pendant la marche, avec sensation de mort imminente, durée courte (quelques minutes) ; les autres, spontanés, le plus souvent nocturnes, débutent par une sorte d'aura partant du bras, avec sensation d'engourdissement, et gagnent le cœur caractérisées par les palpitations, l'intensité, le nombre et la durée des accès.

Bien que dans l'observation on ne note d'autres stigmates de l'hystérie qu'en état nerveux mal défini, une grande excitabilité, nous rattacherons la 2^e catégorie des crises d'angine à l'hystérie, et la 1^{re} à la lésion aortique (matité dans le 2^e espace intercostal droit, surélévation de

l'artère sous-clavière et retentissement du 2^e bruit aortique), ayant amené le rétrécissement des coronaires.

Nous ferons remarquer que certains accès survenant la nuit, présentent à la fois les caractères de l'angor vrai et de la pseudo-angine, et qu'ils constituent une sorte d'accès mitigé où l'hystérie et le rétrécissement coronaire ont joué chacun leur rôle.

OBSERVATION XX (résumée). — Audry. Lyon-Médical, 1887

Hystérie ; goître exophtalmique ; angine de poitrine

A..., 32 ans, tapissier. Aucun antécédent héréditaire.

Franchement alcoolique et légèrement morphinomane. Fièvres intermittentes à plusieurs reprises. Fièvre typhoïde.

En 1885, rhumatisme articulaire aigu. A la suite, à l'hôpital d'Alger, on constate *insuffisance aortique et mitrale* et palpitations.

Peu de mois après, 1^{er} accès *d'angine de poitrine*, diagnostiqué par Picot (Bordeaux). (Sensation de striction thoracique, angoisse précordiale, dyspnée intense). Début par des gargouillements dont le siège est mal déterminé. Irradiations douloureuses remontant le long du bord gauche du sternum et filant dans le bras du même côté et jusqu'aux doigts, qui seraient parfois froids, bleuâtres, gonflés. Quelquefois, irradiation dans le bras droit. Dyspnée très vive. La crise se termine par des éructations, des émissions gazeuses par l'anus. Brefs au début, les accès ont duré ensuite 2 ou 3 heures et sous l'influence de la fatigue ou des émotions, se répètent plusieurs fois par jour. Pen-

dant ces crises angineuses, sensation pénible d'exorbitis en même temps que le corps typhoïde devient très sensible.

Signes de la maladie de Basedow. — Corps thyroïde augmenté de volume ; n'est pas pulsatile ; pas de bruit vasculaire bien accusé. Bruit du diable dans les vaisseaux du cou. Exophthalmie égale des deux yeux. Pas de tremblement. Au repos, 100 pulsations. Après la marche, tachycardie (140).

Hystérie. — Analgésie complète de la peau et des muqueuses, sauf les lèvres, les narines, les conjonctives et une partie de la face palmaire du poignet droit. Rétrécissement concentrique des champs visuels, abolition du réflexe pharyngien, sensation de boule. Céphalée. Point d'hypesthésie à la région cervico-dorsale. Polyurie (5 à 6 litres) ni albumine, ni sucre. Vomissements très irréguliers.

Cœur. — D'après Audry, les claquements valvulaires sont à peu près irréprochables ; la matité cardiaque est normale et il semble, dit-il, qu'on peut sans hésiter rejeter toute idée de lésion organique.

Donc, sans compter l'affection cardiaque qui existe peut-être, deux névroses pouvaient produire l'angine de poitrine. Il est difficile de dire quelle est celle qui a joué le rôle d'agent producteur. Il est vraisemblable qu'elles ont ajouté leurs actions pour déterminer un même effet et ont agi comme névrose complexe.



Troubles de la motilité cardiaque. (Irrégularités et inégalités des contractions du cœur ; Syncopes ; Tachycardies ; Palpitations.)

Huchard a classé les irrégularités et les inégalités des contractions du cœur parmi les troubles fonctionnels cardiaques dus à l'hystérie. Quand ils existent ces phénomènes sont en général associés aux palpitations et ne surviennent que dans la phase d'excitation du cœur. L'hystérie ne produit pas les intermittences vraies (Lasèque). Il faut pour cela un trouble général et profond de la santé.

Liégeois admet les fausses intermittences pendant les accès de palpitations chez les névropathes (Tribune médicale 1882).

La syncope, chez les hystériques, peut survenir à deux moments différents, ou bien elle est un mode de terminaison de l'attaque ou bien elle peut constituer toute l'attaque et survient à la suite d'une émotion. La malade reste sans connaissance, pâle et inanimée ; après une crise de quelques minutes surviennent des sanglots ou des pleurs, ou bien il y a retour simple de la connaissance (Grasset). L'attaque syncopale n'est pas très fréquente. Briquet l'a trouvée 11 fois sur 400 cas.

L'hystérie peut suspendre la plupart des fonctions de relation et de nutrition. Quand cette suspension de la vie est courte, incomplète c'est le sommeil ou léthargie hystéri-

que que l'on observe et qui peut se prolonger très longtemps. Fabre cite une observation où le sommeil s'est prolongé pendant 14 jours sans interruption. Si la suspension des diverses fonctions est complète, c'est la syncope que l'on voit apparaître avec son cortège de symptômes effrayant, pouvant absolument simuler la mort et entraîner l'inhumation de personnes encore vivantes. Fabre cite le cas de Vésale qui, appelé pour faire une autopsie, voit la femme ébaucher quelques mouvements au second coup de rasoir. Un autre exemple en est rapporté dans le journal des savants (1745) : un colonel anglais ne voulant point se séparer de sa femme, dont le décès avait été constaté, l'a gardée pendant 7 jours sans voir apparaître ni signe de vie, ni traces de décomposition. Au 8^e jour, au son de la cloche voisine, la dame se réveille en disant à son mari : « la cloche sonne, il est temps de partir pour l'église ». Enfin Fabre (Leçons de clinique) en rapporte un 3^e cas analogue tiré de la thèse de Pfendler (Vienne 1833).

Si le plus souvent, la mort est seulement apparente, dans certain cas rares la syncope peut être mortelle.

On en trouve une observation dans une publication faite en 1883 dans le « Lyon Médical » par Mollière et suivie d'autopsie. Il n'y avait aucune altération, ni des centres nerveux ni du cœur ; mais ces faits sont très rares et si, dans les auteurs on en trouve des exemples, souvent ils ne sont pas indiscutables et il est possible que certaines lésions cérébrales ou cardiaques aient passé inaperçues.

Quand la syncope suit ou termine l'attaque le diagnostic se fait d'emblée, mais dans les cas où elle constitue toute l'attaque on peut hésiter et avant de se prononcer il

faut rechercher avec soin les stigmates de l'hystérie, ausculter avec beaucoup d'attention le cœur pour être sûr qu'il n'y a pas de lésion. De même les anémies de causes diverses peuvent déterminer des syncopes. Néanmoins quand elles se reproduisent souvent sans que l'état général en souffre sensiblement, quand elles surviennent sans cause appréciable ou à la suite d'émotions légères, quand surtout elles reparaissent périodiquement et d'une façon régulière comme chez la malade de Huchard qui avait une syncope tous les soirs à 7 h. 1/2 avec quelques mouvements des paupières, il faut faire le diagnostic de syncope hystérique.

OBSERVATION XXI. — Pflender (Th. de Vienne 1833)
rapportée par Fabre (Clin. méd.).

Syncope hystérique. Durée 28 heures. Guérison

Au cours d'une longue maladie nerveuse dans laquelle il n'était pas difficile de reconnaître l'hystérie, bien qu'on ait cru à une affection de la moelle, la malade tomba sous les yeux de Pflender comme frappé de mort. Frank déclara qu'elle était bien morte et, au bout de 28 heures, ayant cru sentir un commencement de putréfaction, on fit les préparatifs pour l'inhumation.

Au moment où Pflender s'approche pour constater la réalité de la putréfaction, il croit voir un léger mouvement de respiration.

Après des frictions et des stimulations cutanées la res-

piration augmente, puis la malade ouvre les yeux et dit en souriant : « Je suis trop jeune pour mourir. »

OBSERVATION XXII. — (Résumée) Mollière, Lyon
médical 1883.

*Attaques d'hystérie dont une terminée par la mort.
Autopsie.*

Femme de 59 ans. Accidents hystériques survenus seulement 9 ans après la ménopause. Les crises s'accompagnent de la sensation de boule hystérique avec éructation, cris, agitation et perte de connaissance. Par la pression dans la région ovarienne on détermine toujours des éructations et la sensation de boule.

Description d'une des crises survenue le 17 mai. La malade pousse des cris, se lève sur son séant, bat l'air de ses mains et retombe inanimée sur son lit. Elle présente une pâleur, mortelle ; ses membres supérieurs sont contracturés ; le pouls et la respiration sont suspendus. A l'auscultation on n'entend plus les bruits du cœur. Par les excitations cutanées et la respiration artificielle on ramène à la vie la malade au bout de dix minutes ; mais elle est très affaissée ; le pouls est à 40.

Deux heures après cette crise, une 2^e plus courte.

Le lendemain 4 crises semblables. Entre les crises état à peu près normal.

Le surlendemain 2 crises le matin avec cris et agitation ; mais à 2 heures de l'après-midi nouvel accès sur lequel on n'a pas de renseignements ; la malade tombe de son

lit et lorsqu'on vient la relever, elle ne donnait plus signe de vie.

L'autopsie pratiquée 24 heures après la mort a donné des résultats absolument négatifs. Rien dans le système nerveux encéphalique (la moelle n'a pas été examinée). Rien au cœur, ni aux poumons, ni dans les reins, ni dans le foie ni dans l'estomac. Pas d'athérome. Nous croyons qu'on ne peut rattacher la mort qu'à une *syncope terminant l'attaque*. La *tachycardie* est un trouble du rythme cardiaque caractérisé par l'accélération notable des battements du cœur. Il n'est pas nécessaire que la force des contractions cardiaques soit augmentée.

La *palpitation*, au contraire, est « un battement de cœur sensible et incommodé pour le malade, plus fréquent que dans l'état naturel et quelquefois inégal sous les rapports de fréquence et de développement » (Laennec). Il n'y a de palpitations, dit Le Gendre, qu'autant que les désordres de la contractilité cardiaque sont perçus à la fois par le malade et par le médecin. Comme les autres névroses l'hystérie est capable de déterminer la tachycardie. « Elle se produit le plus généralement par accès ; la moindre émotion, le moindre écart de régime ou bien encore la fatigue suffisent pour déterminer l'accélération des battements du cœur. En outre on observe toujours de la dyspnée, de l'anxiété, une respiration très accélérée à l'auscultation du cœur on ne trouve rien non plus qu'à la percussion » Larcena, thèse 1891..

Quand l'hystérie est associée à une autre névrose et en particulier à la maladie de Basedow, et l'on sait combien cette association est fréquente, on peut se demander laquelle des deux névroses est la cause véritable de la tachycardie. Il est très probable que la coexistence des deux affections constitue une névrose mixte qui agit comme telle dans la production des symptômes. Nous avons eu l'occa-

sion d'observer dans le service de notre maître M. Talamon une femme qui en offre un bel exemple et dont nous rapportons l'observation. Elle présente à la fois des signes d'hystérie très manifestes et le syndrome basedowien presque complet, sauf l'hypertrophie bien nette du corps thyroïde.

Elle est entrée à l'hôpital avec une agitation extrême, du tremblement généralisé et une tachycardie considérable. Au cours de ses accès et pendant plusieurs jours de suite nous avons constaté et M. Talamon a vérifié l'existence d'un souffle systolique à la pointe qui a disparu dans la suite. Au début l'existence de ce souffle jointe à de l'œdème des membres inférieurs avait fait penser à une lésion organique du cœur. Mais le signe sthétoscopique et les signes d'insuffisance cardiaque ayant disparu plus tard, nous pensons qu'il faut rapporter la production de ce souffle à l'érethisme cardiaque et aux troubles circulatoires qui en sont la conséquence.

Nous venons d'observer un cas analogue, chez un homme de 26 ans, qui a tous les signes de la maladie de Basedow et des stigmates d'hystérie indéniables.

Le *diagnostic* doit se faire, pour ainsi dire, par exclusion. On sera mis sur la voie par l'état nerveux du sujet, la recherche des stigmates d'hystérie et l'absence de lésions du cœur et de l'appareil circulatoire. La tachycardie fébrile ne peut pas être une cause d'erreur. Dans les compressions du pneumogastrique, il y a en général d'autres symptômes qui mettent sur la voie ; des troubles respiratoires le plus souvent quand la compression est due à des ganglions tuberculeux ; des troubles circulatoires et des symptômes de tumeur du médiastin quand c'est un carcinome.

Dans les intoxications on obtiendra des indications par l'interrogatoire. De même dans les tachycardies d'ordre réflexe l'attention sera attirée sur tel ou tel organe qui est

en état de souffrance. Quant aux tachycardies des autres névroses le diagnostic en est facile quand elles existent seules ; mais quand elles se développent sur un terrain hystérique la question devient complexe et l'on ne sait à laquelle donner le rôle prépondérant. Nous avons vu qu'elles pouvaient dans certains cas associer leurs actions et agir comme une névrose complexe.

La tachycardie paroxystique essentielle sera reconnue à ses caractères généraux et à l'absence de stigmates hystériques. Enfin dans la forme décrite par Janicot (Thèse 1891) la tachycardie est continue et par conséquent diffère de la tachycardie hystérique qui survient au contraire par crises, influencées par les moindres causes et à caractères éminemment variables.

Le *traumatisme* peut produire la tachycardie chez les nerveux. Le Dentu (médecine moderne, 1892) en cite une belle observation et nous croyons que l'on peut considérer comme un exemple de tachycardie traumatique hystérique, bien que dans l'observation l'on passe sous silence les stigmates de la névrose.

A côté nous publions une observation, due à l'obligeance de M. Talamon, de tachycardie hystérique déterminée par des coups de couteau à la région du cœur.

OBSERVATION XXIII.—Duroziez, in thèse Larcena, 1891.

Tachycardie hystérique

Demoiselle M..., 29 ans, a des palpitations depuis l'âge de 10 ans.

Pas de rhumatisme ni d'affection cardiaque.

Fièvre typhoïde à 27 ans. Depuis cuisse gauche, plus

grosse que la droite, semble brûlante ; complètement insensible.

Pertes de connaissance fréquentes.

Accès presque quotidien de *tachycardie*. Pouls de 160 à 180.

Pas de fièvre. Dyspnée.

OBSERVATION XXIV. — Huber. Arch. f. klin. méd.
1890 (Revue de sc. méd. Hayem, 1891).

Tachycardie hystérique

Jeune fille de 22 ans, se plaint de palpitations intenses.

L'examen ne permet de rien relever dans les divers organes. De 12 à 16 ans, 2 attaques d'hémiplégie. Etant enfant elle se plaignait déjà de palpitations avec dyspnée.

Pendant le séjour à l'hôpital 6 attaques de tachycardie dont la plus longue a duré 33 heures. Survenant brusquement et finissant de même elles ne reconnaissent point de cause déterminante appréciable.

Pendant l'attaque : nausées, parfois vomissements, absence de dyspnée, refroidissement des extrémités. Pouls accéléré jusqu'à 258, petit, faible, régulier. Bruits du cœur sourds. Point de douleur précordiale. Polyurie paroxystique. En 24 heures, de 1.100 à 5.800 gr.

Pour l'auteur il s'agirait d'une paralysie transitoire du pneumogastrique sous l'influence de l'hystérie.

OBSERVATION XXV (Résumée). — Larcena, thèse 1891.

Tympanite hystérique. Accès de tachycardie

Femme de 65 ans, concierge, grande nerveuse; attaques de nerfs à la moindre contrariété.

Elle entre parce qu'elle a un gros ventre; d'ailleurs déjà à 22 ans, à la suite d'une émotion vive son ventre était devenu gros subitement.

A 63 ans, à la suite d'une grande contrariété, la malade fut prise de vertiges, eut des attaques de nerfs et subitement son ventre devint gros. Depuis cette époque il augmente et diminue de volume suivant les jours, mais reste cependant toujours gros. De plus elle souffre d'accès d'oppression et de palpitations si fréquentes qu'elle est obligée de rester couchée.

Sonorité tympanique généralisée. Pas de douleurs, pas d'ascite, pas de développement veineux. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Réflexes pharyngiens abolis; souvent sensation de boule. Les accès surviennent en général, quand le ventre diminue de volume, après une garde-robe. Le cœur bat violemment et précipitamment, la face devient pâle, anxieuse; la paroi thoracique est ébranlée par les battements du cœur; la voix est enrouée, la dyspnée à son comble (58 inspirations par minute).

Pouls faible mais régulier, très rapide (130 à 150 pulsations par minute), quelquefois incomptable.

Durée une demi-heure ou une heure. Terminaison brusque. Les crises surviennent fréquemment bien que la malade ne se lève pas.

OBSERVATION XXVI (inédite). — Communiquée par
M. Talamon

Hystéro-épilepsie ; tachycardie traumatique

T... Edouard, 33 ans, machiniste.

Aucun antécédent pathologique du côté des ascendants ; mais une sœur hystérique avec grandes attaques.

Antécédents personnels : Depuis l'âge de 13 ans, le malade a des *pertes de connaissance brusques* amenant la chute et des blessures dont on retrouve des vestiges. Jusqu'à l'âge de 20 ans elles se sont reproduites très fréquemment, puis elles ont diminué de fréquence mais n'ont pas disparu complètement. A été réformé pour cette raison.

Comme *stigmates d'hystérie* il présente, à la suite de contrariétés, des crises convulsives ; d'un caractère triste ; il pleure et s'emporte facilement. Les attaques de la première catégorie semblent être d'origine épileptique ; celles de la deuxième d'origine hystérique.

Au Sénégal il a eu la dysenterie et une bronchite. Pas d'impaludisme. Usage immodéré de l'absinthe.

Il y a 5 ans, le malade reçut au niveau du 5^e espace intercostal gauche *plusieurs coups de couteau* dont il porte les cicatrices. Il perdit beaucoup de sang et fut admis à Tenon où il séjourna un mois. Le seul renseignement qu'on puisse obtenir c'est qu'il eut, pendant ce temps-là, des étouffements fréquents.

Depuis, le moindre effort provoque des *palpitations* quelquefois accompagnées d'une violente angoisse précordiale. Dans quelques cas, ces palpitations le prennent au repos.

Par l'auscultation, on constate que le cœur bat tranquillement ; les *bruits sont bien frappés* ; il n'y a ni *souffle* ni *arythmie*. La santé du malade est bonne ; il n'y a aucun autre phénomène pathologique à noter chez lui.

Il semble bien que c'est le traumatisme, par son action sur le cœur, qui a déterminé la localisation de l'hystérie sur ce viscère et a déterminé la tachycardie.

OBSERVATION XXVII (Résumée). — Le Dentu, médecine moderne, 1892

Accès de Tachycardie traumatique

Cocher de 49 ans, tombe de son siège et sa tête heurte le pavé, mais il peut se relever seul et aller à pied au poste de police.

Plaie large du cuir chevelu n'intéressant pas les os du crâne.

Sens absolument intacts ; pas de troubles de la motilité ; un peu d'hyperesthésie généralisée. Pouls lent et mou avec intermittences. Pas de souffle au cœur, ni sucre, ni albumine dans les urines.

24 heures après l'accident, au matin le malade est assez agité ; il n'a pas dormi et a parlé toute la nuit. Température 37°8. Le pouls bat avec une rapidité telle que, par moments, on ne peut le compter : 200 à 240 pulsations. Choc du cœur peu violent et presque continu. Pas de souffle.

Légère dyspnée.

Le soir même le pouls est devenu lent (70 pulsations), irrégulier et presque une intermittence sur 3 battements.

La durée de l'accès a duré de 12 à 15 heures.

Depuis longtemps, le malade était sujet à des *palpitations*. Il y a 25 ans déjà à la suite d'une longue course, il avait été obligé de s'arrêter à cause d'un malaise qui avait duré une 1¹/₂ heure, mais, depuis une dizaine d'années, les palpitations sont fréquentes ; la marche forcée et la course sont devenues impossibles. Quelquefois elles survenaient spontanément et duraient 10 minutes environ et revenaient à intervalles irréguliers. Jamais d'angoisse précordiale.

Il n'y a pas de lésion appréciable du cœur ni des vaisseaux. Depuis longtemps il est sujet à des troubles cardiaques passagers. L'observation ne donne pas de renseignements détaillés sur l'état nerveux du sujet ni sur les intoxications possibles sauf l'alcoolisme qui est « vraisemblable ».

Nous pensons qu'il s'agissait d'un hystérique et que le traumatisme n'a été que la cause occasionnelle de la tachycardie.

OBSERVATION XXVIII. — (Résumée). — Larcena,
Thèse 1891.

Hystérie. — Alcoolisme. — Tachycardie

C..., 26 ans, souffleur de verre, a toujours été très nerveux, très coléreux. Alcoolisme avoué. Pituites, tremblements des doigts, cauchemars spéciaux.

Depuis 5 mois, il est malade ; début par de violents maux de tête ; puis toux sèche et dyspnée par accès. En temps ordinaire respiration toujours difficile. Tremblement ne survient que par accès et surtout quand on regarde le malade.

Depuis un mois aphonie presque complète, survenue subitement et disparaissant à certains moments presque complètement.

Pas d'exophtalmie, pas de goître. — Regard fixe et yeux grands ouverts. Tachycardie. 140 pulsations par minute ; pas de choc violent ; le malade ne sent pas son cœur et ne se doute pas de la rapidité avec laquelle il bat. Aucun signe de lésion du cœur : pas de signes stéthoscopiques, ni de troubles fonctionnels. Stigmates d'hystérie : anesthésie surtout aux membres inférieurs ; pas de réflexe pharyngien ; un peu de rétrécissement du champ visuel à gauche.

Emphysème pulmonaire et dyspnée.

La tachycardie apparaît par moments et disparaît ensuite. Un jour pendant qu'on l'examine on trouve 168 pulsations et quelques minutes après le pouls était descendu à 90.

L'auteur rejette le diagnostic de maladie de Basedow fruste et rattache les accidents à l'hystérie, à sa localisation sur le pneumogastrique.

OBSERVATION XXIX. — Personnelle. — Service
de M. Talamon.

*Hystérie. — Syndrôme de Basedow. — Tachycardie.
Souffle à la pointe du cœur.*

V.... Claudine, 63 ans, ménagère, entrée salle Rayet, n° 10, le 18 décembre 1895, n'a eu aucune maladie importante, sauf une poussée de rhumatisme à 23 ans, à la suite d'accouchement ; toutes les articulations étaient enflées et

et douloureuses. Durée : 3 mois. Dans la suite rien ; pas d'oppression. Elle a toujours été très nerveuse et très impressionnable. Crises de nerfs. Légère anesthésie conjonctivale et pharyngée. Zones hyperesthésiques dans les régions ovariennes et au niveau de la région précordiale. Elle entre à l'hôpital à cause de son agitation extrême, un tremblement généralisé et une grande faiblesse.

Depuis 5 mois amaigrissement considérable sans cause. Une excitabilité nerveuse excessive et un tremblement généralisé. Oppression à la suite d'un effort ou d'un mouvement : pas de toux ni de crachats. Œdème des membres inférieurs. Tous ces accidents sont survenus sans cause ; ni émotion vive, ni contrariété.

Examen de la malade. On est frappé par un tremblement généralisé, la fixité du regard sans exophtalmie appréciable. Tachycardie considérable. Le cou est élargi ; les artères du cou battent violemment, mais il n'y a pas de saillie appréciable due au corps thyroïde.

Cœur : souffle systolique en dehors de la pointe, rude, ne se propageant pas. Quelques irrégularités des contractions du cœur. Frémissement perçu à la région précordiale.

Œdème des membres inférieurs. Pas d'albuminurie.

Rien aux poumons. — Foie ni gros, ni douloureux.

Traitement. Digitale et Bromure de potassium.

Quatre jours après son entrée, l'agitation est moins considérable, la malade se sent beaucoup mieux mais si elle veut se lever et marcher les battements du cœur redeviennent très forts et très fréquents.

La tachycardie a diminué considérablement. 85 pulsations à la minute. L'œdème des jambes a disparu. Plus de *souffle au cœur*.

6 Décembre. Le tremblement a à peu près disparu, mais les battements du cœur sont encore fréquents : 95 à 100 pulsations.

Redhon

18 Décembre. La malade va mieux. Le tremblement n'existe pour ainsi dire plus. Elle dort mal, bien que l'excitation nerveuse soit beaucoup moindre.

Le pouls est régulier, pas très fort. Il bat 90 fois à la minute, mais les vaisseaux du cou ont des battements très forts ; de même on voit la région épigastrique se soulever à chaque systole, sous l'influence de l'impulsion aortique.

Dans les vaisseaux du cou, il existe un souffle systolique très marqué mais au cœur on n'entend plus aucun bruit anormal.

— Nous pensons que, chez cette malade, l'hystérie et la maladie de Basedow sont associée, bien qu'il manque l'exophtalmie et l'hypertrophie du corps thyroïde ; à moins que tous les phénomènes soient dûs à l'hystérie.

Quant au souffle entendu pendant les premiers jours et qui avait fait penser à une maladie de cœur, étant donné que la malade avait eu autrefois une attaque de rhumatisme et au moment même de l'examen, de l'œdème des membres inférieurs, on ne peut guère en donner que 2 explications : ou bien il était dû à une insuffisance fonctionnelle et dilatation momentanée du cœur, ou bien, c'était un souffle extracardiaque.

Les *palpitations* sont fréquemment observées chez les hystériques. Sur un semblable terrain les moindres causes les produisent ; il suffit quelquefois d'une marche un peu accélérée, d'une légère émotion, souvent elles apparaissent sans cause appréciable et surprennent les malades au lit.

Elles sont un phénomène presque constant dans l'aura hystérique. En même temps que les tempes sont le siège de battements douloureux, que les malades comparent à de violents coups de marteau, les contractions du cœur se font avec violence et déterminent des palpitations douloureuses dont la réalité est facile à constater objectivement. « Elles sont perçues par les malades dans toute la poitrine

et jusque dans la région cervicale. » (Gilles de la Tourette). Elles acquièrent parfois une violence extrême, et s'accompagnent d'une douleur précordiale quelquefois angoissante et paroxystique simulant l'angine de poitrine. Nous avons déjà vu que les palpitations pouvaient être un des éléments constitutifs de l'accès d'angine de poitrine hystérique. Il arrive quelquefois que les mouvements du cœur sont non seulement perçus, sentis mais encore entendus par le malade. C'est alors une véritable obsession et une cause d'insomnie très pénible.

Dans certains cas les malades ont la sensation d'un choc violent : le cœur bat « à rompre la poitrine » et avec une telle force que le corps du malade tout entier est agité de mouvements ainsi que le lit sur lequel il est couché. Cette sensation peut être vraie ou fausse, suivant que par la palpation on sent l'impulsion violente du cœur ou au contraire on la trouve à peu près normale ou même au-dessous de la normale.

« Les palpitations peuvent encore être douloureuses d'une façon indirecte, par suite de l'existence d'une névralgie intercostale gauche et de l'hypéresthésie de la paroi précordiale. » Huchard. Les malades sentent battre leur cœur sans que pour cela les contractions cardiaques soient ni plus fortes ni plus fréquentes. Ces *fausses palpitations* disparaissent avec l'état d'hypéresthésie ou de névralgie de la paroi.

Nous avons vu qu'elles étaient en effet très fréquemment associées aux *précardialgies* que nous avons étudiées au début de notre travail et d'après Fabre les troubles de la motilité cardiaque sont sous la dépendance des troubles de la sensibilité. « La subordination des troubles de la motilité aux troubles de la sensibilité, dit-il, semble être la loi qui domine la production des mouvements anormaux ou exagérés dans l'hystérie, que ces mouvements s'appellent tics ou convulsives ou palpitations cardiaques. »

Une émotion morale, une impression physique désagréable sur un point quelconque de l'organisme, de préférence sur l'estomac ou les organes génitaux internes peut déterminer chez les hystériques des palpitations, mais celles dont l'action est la plus efficace sont les douleurs du cœur lui-même. Aussi les palpitations et les douleurs de la région cardiaque sont ordinairement associées, sans qu'il y ait cependant de rapport absolu d'intensité entre les deux phénomènes.

Quelquefois elles sont déterminées mécaniquement par le développement du *tympanisme abdominal* (G. Sée) que l'on observe assez souvent chez les hystériques et qui agit en refoulant le diaphragme. Dans ce cas ce sont encore des palpitations d'origine hystérique, mais la névrose pour les produire, a pris un chemin détourné et a frappé les muscles de la paroi abdominale, de l'estomac et de l'intestin au lieu d'atteindre le cœur directement.

Une autre cause d'erreur réside dans la production, chez les hystériques de secousses ou de *tremulations* se passant dans les *muscles* de la paroi thoracique et déterminant des sensations subjectives susceptibles de faire croire aux malades qu'ils sont atteints de palpitations.

Le premier point à établir dans le *diagnostic* des palpitations hystériques est de savoir si elles sont *vraies* ou *fausses*. L'examen objectif donne la solution du problème. Si l'on ne trouve ni accélération ni accroissement d'intensité réelle des pulsations cardiaques, c'est que les battements pénibles accusés par le malade ne correspondent qu'à une perception sensorielle exagérée ; ce sont des palpitations fausses.

Au contraire si à la palpation on sent une impulsion cardiaque violente, si à l'auscultation les battements cardiaques prennent une intensité extrême au point d'être entendus à distance, si les battements de l'aorte et des gros vaisseaux sont énergiques et quelquefois accompagnés de bruits de

souffle (Stokes), on a bien affaire à des palpitations vraies.

Ceci établi, il reste à faire le diagnostic des palpitations hystériques d'avec les palpitations d'une autre origine. Nous répéterons ce que nous avons dit pour les tachycardies, c'est que le diagnostic, dans bien des cas, ne peut se faire que par exclusion.

D'abord on s'assurera par un examen minutieux et répété qu'il n'y a pas de lésion cardiaque ou de gros vaisseaux. A ce propos il faut savoir que les contractions cardiaques accélérées et augmentées d'intensité peuvent produire des souffles sur la nature desquels on n'est pas fixé. Mais intra-cardiaques ou extra-cardiaques ils n'en sont pas moins réels et peuvent faire croire à une cardiopathie qui n'existe pas.

D'autre part il faut savoir que chez un cardiopathe vrai, les palpitations dont il se plaint peuvent être d'origine hystérique. D'une manière générale, d'après Potain, quand un malade vient consulter pour des palpitations, celles-ci constituant le seul phénomène dont il se plaint, ce n'est presque jamais un cardiaque.

Les palpitations liées aux *cardiopathies* ont ordinairement un début lent, une marche progressive, sont influencées par les efforts de toutes sortes ; les palpitations *hystériques* au contraire ont un début brusque, une marche capricieuse, irrégulière, paroxystique, se développent sous l'influence de causes physiques ou morales très légères et se terminent quelquefois par une sorte de crise : baillements répétés, sanglots, émission abondante d'urines claires.

Les palpitations liées à l'*anémie* sont souvent difficiles à différencier des palpitations dues à l'hystérie ; d'autant plus que l'anémie et l'hystérie peuvent être associés sur le même individu. Dans ces conditions la thérapeutique visera d'abord l'état anémique et si l'emploi des ferrugineux amène une diminution des palpitations on sera en droit de penser que l'anémie a joué son rôle dans leur production ; sans

cependant pouvoir conclure que l'hystérie n'y est pour rien.

L'embarras ne sera pas moindre quand d'autres *névroses* seront associées à l'hystérie, par exemple la maladie de Basedow et la neurasthémie, il est vraisemblable que ces causes s'ajoutent pour produire un même effet.

Il en est de même pour les cas où des *palpitations symptomatiques* de troubles d'autres organes surviennent chez un hystérique. D'ailleurs ces phénomènes se produisent avec d'autant plus de facilité qu'ils évoluent sur un terrain névropathique. Aussi les palpitations hystériques sont-elles souvent symptomatiques des troubles de la sensibilité cardiaque, de névralgies périphériques, de troubles stomacaux, intestinaux ou utérins.

Quand aux palpitations dues à des intoxications (thé, café, tabac) on les reconnaîtra facilement quand par l'interrogatoire on aura obtenu ces renseignements, et le diagnostic sera confirmé quand on verra disparaître les palpitations en même temps que l'intoxication qui les avait déterminées.

Néanmoins, il faut bien savoir que l'hystérie prédispose aux palpitations et qu'elles ont bien plus de chances de se développer sous une influence légère chez un névropathe que chez un individu à système nerveux bien équilibré. Donc même dans le cas où les palpitations semblent manifestement, d'ordre réflexe, sympathique ou déterminées par une intoxication l'hystérie joue son rôle, prépare le terrain, augmente la réceptivité et exagère les effets.

OBSERVATION XXX (Résumée). — Dr Mathieu
(de Saint-Remy-en-Bouzemont)

Palpitations hystériques. — Améliorations par le bromure de camphre.

Veuve B..., femme de chambre, 30 ans, fut très impressionnée par la mort de son mari survenue il y a quelques

mois à la suite d'un érysipèle de la face. Jour et nuit, il lui semble voir son mari dans le délire et les convulsions. Dès lors sa santé s'altéra, des symptômes de chlorose et d'hystérie se manifestèrent ; palpitations, bruits de souffle vasculaires, bouffées de chaleurs alternant avec la pâleur de la face, sommeil difficile et agité, exaltation de la sensibilité morale, névralgies erratiques, tremblements convulsifs et anesthésie incomplète, surtout dans les membres du côté gauche, menstruation irrégulière, urines incolores et abondantes.

Tout d'un coup, pendant la nuit, elle fut prise de palpitations intenses et précipitées, atteignait 135 pulsations par minute, et suivies de véritables lipothymies, les accidents survenaient aussitôt que la malade commençait à s'endormir. Insomnie à peu près complète pendant cinq nuits consécutives. Pas de fièvre. Antispasmodiques et narcotiques ordinaires n'amènent pas d'amélioration sensible. Mais l'emploi du bromure de camphre détermine dès la première nuit un calme relatif. Les nuits suivantes, le sommeil redevint normal, le pouls retomba à 80-85 et se régularisa.



CHAPITRE III

Troubles fonctionnels cardio-hystériques associés à des bruits anormaux perçus par l'auscultation et simulant une cardiopathie.

Chez un individu dont le cœur est sain, l'hystérie peut-elle déterminer des bruits anormaux et, au point de vue stéthoscopique, un ensemble de signes caractéristiques d'une lésion organique ?

Nous avons déjà vu que Potain, Rendu, Huchard admettaient des souffles occasionnés par l'éréthisme cardiaque. En général ces souffles sont transitoires et n'existent que pendant l'accès de palpitations : des contractions énergiques et très rapides sont nécessaires à leur production. Nous avons signalé cette cause d'erreur dans le diagnostic de l'angine de poitrine hystérique.

Mais ces souffles peuvent être beaucoup plus persistants, et durer des mois entiers, si l'on s'en rapporte aux 2 observations récentes de Picot (Semaine méd. 17 août 1895.

Dans l'une on observe le syndrome complet de la double lésion mitrale (rétrécissement et insuffisance) ; dans l'autre du rétrécissement mitral pur. Dans les deux cas tous ces signes disparaissent et la guérison est absolue.

Depuis longtemps déjà Fabre avait signalé et admis l'existence de souffles cardiaques développés sous l'influence de l'hystérie ; « sans doute, dit-il, ils trahissent une

insuffisance relative des valvules amiculo-vestriculaires et dans quelques cas une anémie concomittante en favorise la production. Mais cette insuffisance relative est-elle due à une dilation passive des cavités ou à un fonctionnement irrégulier des muscles ?.....

La cause essentielle en est dans un trouble de la motilité cardiaque. » Quoiqu'il en soit la valvule mitrale fermant mal, « une partie du sang retourne du ventricule dans l'oreillette par un orifice incomplètement fermé, c'est-à-dire relativement étroit et ce retour devra produire un bruit de souffle d'autant plus intense que l'impulsion cardiaque sera plus forte et le sang plus profondément altéré. » (Fabre, fragments du clinique).

Voilà pour le mécanisme de la production. Quant à leur existence même, Fabre cherche à la démontrer par plusieurs observations. Il cite le cas d'une malade hystérique condamnée depuis 20 ans pour une maladie de cœur et qui a guéri en vieillissant ; une autre n'a sa maladie du cœur que de temps en temps ; une troisième l'a laissée en voyage pour trouver d'autres malaises à son retour ; un quatrième a un souffle transitoire de la pointe sans modification de volume du cœur ; pointe ni abaissée, ni déviée ; une cinquième, après une métrorrhagie ayant déterminé un certain degré d'anémie, présente à l'auscultation les signes suivants : « Prolongement du premier bruit, éclat du deuxième à la base souffle manifeste, non pas rude, mais à caractère un peu musical à la pointe. — Pas de dilation du cœur, pointe ni abaissée ni déviée. »

« Si l'anémie jouait un certain rôle dans ce souffle, elle devrait être accompagnée d'un souffle systolique de la

base et d'un souffle vasculaire, ce qui n'est pas ; de plus le souffle devrait persister autant que l'anémie elle-même. Sinon il provient d'un trouble dans le fonctionnement du muscle cardiaque et de ce trouble c'est l'hystérie qui est responsable. » Fabre.

Les caractères de ces souffles d'origine hystérique sont systoliques, ils siègent à la pointe ou sur le côté gauche du sternum (Fabre).

Petit de Maurienne (*Abeille médicale*, 1856) rapporte l'observation d'une femme hystérique qui a eu tous les signes d'une maladie de cœur avec phénomènes d'asystolie et qui a guéri par les antispasmodiques.

Burrowes (*Lancet* London, 1856) cite, lui aussi, un cas d'hystérie simulant une maladie de cœur, avec douleur précordiale, oppression, modification du premier bruit ; léger souffle au niveau du 2^e cartilage costal à droite ; pointe un peu abaissée.

Dans le même ordre de faits nous classerons une observation que nous avons prise dans le service de notre maître, M. Talamon. Il s'agit d'une jeune fille hystérique (obs. III) qui a présenté à la région moyenne du cœur un souffle doux mésasystolique, qui a disparu au bout d'une huitaine de jours. Elle n'a aucun signe d'anémie, et il n'y a pas de souffle dans les vaisseaux du cou.

Nous croyons qu'il s'agissait d'un souffle extra-cardiaque.

Potain a bien démontré que les souffles dits anémiques étaient d'une extrême rareté, s'ils existaient réellement, quant à l'insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale, il n'est pas arrivé à la produire sur le cadavre quand le cœur

était sain ; même avec des pressions capables de rompre les parois ventriculaires. La valvule tricuspide cède beaucoup plus facilement, il est vrai, mais il est bien rare que les souffles dits anorganiques siègent à son niveau. Donc on ne conçoit pas bien comment cette insuffisance fonctionnelle de la mitrale pourrait se produire pendant la vie. Les souffles anorganiques observés dans l'hystérie, soit pendant un accès de palpitation, soit pendant les périodes de calme sont donc des *souffles extra-cardiaques* ; l'hystérie ne crée pas directement les souffles dans la cavité cardiaque, mais elle peut, en raison des modifications de rythme et d'intensité des battements du cœur, favoriser la production de ces bruits anormaux. Le mécanisme est dû à une sorte d'aspiration déterminée sur une languette pulmonaire par les mouvements du cœur.

Cette interprétation ne rend pas entièrement compte du syndrome observé par Picot, mais les souffles extra-cardiaques peuvent être doubles, varier d'un moment à l'autre, suivant la position du sujet, son émotivité ; le rythme des contractions du cœur peut se modifier légèrement et l'ensemble des signes perçus donner stéthoscopiquement l'illusion du rétrécissement mitral. D'ailleurs il est difficile de discuter sur des sensations aussi délicates, sujettes à tant de variations, qui tiennent les unes au malade, les autres au médecin.

D'après Potain, les souffles extra-cardiaques « sont fréquents chez les sujets nerveux et impressionnables, dont le cœur s'excite facilement. Ce sont ces gens que Laennec appelait des hypochondriaques et chez lesquels il avait

remarqué que les souffles du cœur peuvent être absolument indépendants de toute lésion organique ».

Donc, jusqu'à nouvel ordre, nous admettrons qu'en raison des troubles fonctionnels cardiaques d'origine hystérique, on peut observer chez ces malades des bruits anormaux à l'auscultation du cœur : ce sont des souffles extracardiaques, reconnaissant le même mécanisme que tous les souffles anorganiques observés dans d'autres affections ; ils ont les mêmes caractères et ne présentent rien de particulier dans l'hystérie.

OBSERVATION XXXI (Résumée). — Petit (de Maurienne). Abeille médicale, 1856

Affection hystérique simulant une maladie organique du cœur

Femme de 36 ans.

Début de la maladie, 3 mois avant la première visite. Presque tout à coup et sans cause connue, elle avait eu des palpitations fréquentes et pénibles ; de la difficulté à marcher un peu vite et à monter les escaliers. Au bout de quinze jours le plus petit mouvement était devenu extrêmement difficile parce qu'il provoquait une véritable suffocation et la malade fut obligée de garder le lit. Elle observa qu'elle était plus malade à chaque repas ; les palpitations étaient beaucoup plus fortes et l'étouffement plus considérable. 12 médecins la voient et font le *diagnostic de maladie de cœur* qu'ils soignent par la digitale, les boissons diurétiques, les potions antispasmodiques, les

saignées locales et générales. L'état ne s'améliore aucunement, bien au contraire.

Quand Petit voit la malade, la respiration est très gênée et nécessite l'attitude assise, la figure est bouffie avec couleurs vergetées ; les extrémités inférieures, les avant-bras et les mains étaient infiltrées ; ascite (plusieurs litres), pouls petit et très irrégulier. Battements du cœur tumultueux et tellement forts que le corps de la malade en était ébranlé. Urines claires et assez abondantes.

La région du cœur présentait un son mat dans une grande étendue. Avant le *début brusque* des accidents, la malade pouvait marcher vite et monter rapidement l'escalier sans avoir de palpitations et sans gêne respiratoire.

La situation était compliquée par des accès de fièvre intermittente avec les 3 stades, survenant tous les jours vers 3 heures de l'après-midi, mais n'existant que depuis 15 jours.

Comme *phénomènes nerveux* elle éprouvait, par intervalles, des bouffées de chaleur qui, comme une sorte de vapeur, partant de l'épigastre, se dirigeaient vers le cœur et montaient ensuite à la figure qui devenait plus colorée et plus gonflée : les yeux paraissaient plus brillants ; les battements du cœur devenaient plus forts, plus irréguliers et plus tumultueux, mais rien de semblable au globe hystérique n'avait été ressenti par la malade ; jamais elle n'avait eu d'accès proprement dit : parfois cependant léger sentiment de strangulation.

Traitement. Assa-fœtida. Bains. Alimentation légère. Tous les symptômes disparurent progressivement ; l'ascite et l'infiltration du tissu cellulaire n'existaient plus au bout de 15 à 20 jours.

Après 40 jours la malade fut parfaitement rétablie et put reprendre ses occupations habituelles.

Nous croyons que l'hystérie entre pour une grande part dans la production des accidents observés sans pou-

voir affirmer qu'il n'y eût pas derrière une lésion organique. L'observation est trop ancienne et certains renseignements indispensables, fournis par l'auscultation, font défaut.

OBSERVATION XXXII. — Picot. — Semaine
Médicale 1895.

(Rétrécissement mitral passager et curable chez les hystériques).

Jeune fille de 19 ans, franchement hystérique qui lorsqu'elle fut examinée pour la première fois, présentait des palpitations violentes et une hypertrophie du ventricule droit. Trois mois après on trouva un dédoublement du second bruit constant, ayant son maximum d'intensité à la partie moyenne du sternum. Roulement diastolique et souffle présystolique. Une zone hystérogène s'était développée au niveau de la pointe du cœur. Sous l'influence de l'hydrothérapie et d'un traitement approprié, on vit la maladie disparaître et la pointe du cœur déviée vers la gauche, reprendre sa situation normale.

Cette jeune fille se maria et elle n'a jamais, depuis lors, présenté de symptôme d'affection cardiaque.

OBSERVATION XXXIII. — Picot.

Jeune fille de 20 ans, entachée d'hystérie. Appelée auprès d'elle parce qu'elle accusait de l'essoufflement je

constatâi tous les signes classiques du *rétrécissement mitral*. Il existait en outre, des battements manifestes de l'oreillette gauche. Après six mois de durée, ces phénomènes disparurent.

Ces faits d'observation paraissent devoir s'expliquer par une contraction des muscles tenseurs de la valvule mitrale.



CHAPITRE IV

Association de la cardiopathie et de l'hystérie et leurs rapports.

La *coexistence* de l'hystérie et d'une lésion organique du cœur sur un même individu est chose banale. Le fait s'explique de lui-même quand on veut réfléchir un instant à la fréquence des cardiopathies et à la fréquence bien plus grande encore de l'hystérie, aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Ce qui est plus intéressant c'est de savoir si ces deux éléments morbides *s'influencent* réciproquement dans leurs manifestations, ou même s'il y a entre eux, dans certains cas du moins, *rapport de causalité*. La question se pose dans deux conditions différentes :

1° L'hystérie est primitive et la cardiopathie secondaire.

2° La cardiopathie est primitive et l'hystérie secondaire.

Dans le 1^{er} cas, il est indiscutable qu'il y a simple coïncidence. L'hystérie ne crée pas la maladie du cœur ; il n'est même pas démontré que les troubles fonctionnels que nous avons étudiés, tachycardie, palpitations longtemps prolongées puissent déterminer l'hypertrophie du cœur. « Il ne faut l'admettre qu'avec les plus grandes réserves, parce que le cœur soumis à un excès de fonctionnement n'a pas à lutter contre une résistance ou un obstacle au cours du sang comme dans les lésions organiques » (Huchard).

Fabre n'a pas observé de dilatation du cœur, soit à droite soit à gauche, soit générale dans l'hystérie pure sans complication de chloro-anémie. Dans la 1^{re} observation de Picot, l'hypertrophie du ventricule droit est signalée, mais sans détails. Il en est de même pour l'observation de Petit (de Maurienne). « La région du cœur, dit-il, présentait un son mat sur une grande étendue ». Malheureusement cette observation est ancienne (1856) et l'étendue de la matité cardiaque n'est pas mentionnée. D'autre part il est possible qu'une lésion organique existât réellement chez la malade de Petit, mais que les troubles fonctionnels observés aient pris des proportions démesurées du fait de l'hystérie qui était surajoutée. Donc l'hystérie ne semble pas capable de produire des lésions organiques du cœur, pas plus les lésions valvulaires que l'hypertrophie ou la dilatation des ventricules.

Nous avons vu que la névrose pouvait, sur un cœur sain, déterminer des troubles fonctionnels que nous avons étudiés. Il en est de même sur le cœur atteint de lésion organique mais du fait de l'association de ces deux causes morbides la symptomatologie prend quelques caractères particuliers. Contrairement à Huc (Thèse de Paris 1891) nous ne croyons pas que ces deux affections vivent, évoluent l'une à côté de l'autre sans s'influencer réciproquement. L'hystérie exagère les troubles fonctionnels cardiaques. Sous son influence la maladie du cœur prend un aspect plus tapageur, plus alarmant que ne le comporte la lésion. Sur la cardiopathie, qui d'ordinaire évolue assez silencieusement, vont se greffer des douleurs à la région cardiaque, des palpitations, qui apparaîtront tantôt sous

L'influence de l'effort, tantôt sous l'influence de la moindre émotion ; l'existence de ces troubles frappe l'imagination du malade, préoccupe son esprit, lui fait croire qu'il est gravement atteint ; le médecin lui-même se laisse entraîner à porter un pronostic mauvais jusqu'à ce que ces symptômes surajoutés, par leurs modifications surprenantes ou leur disparition brusque, attirent son attention et l'obligent à reconnaître la véritable nature des accidents.

Il est très important de pouvoir les reconnaître tant pour le pronostic que pour le traitement. Nous avons déjà vu que des accès d'angine de poitrine vraie et fausse pouvaient exister sur le même individu, quand l'hystérie était associée à une maladie de cœur.

Nous avons montré l'importance de diagnostiquer les 2 sortes d'accès pour ne pas faire de grosses fautes de pronostic. Il en est de même pour les cardiopathies en général. Quand une maladie de cœur évolue chez une hystérique il ne faut pas, devant des phénomènes graves en apparence, se laisser aller à porter un pronostic mauvais et bien se dire qu'un grand nombre des symptômes et souvent les plus alarmants, sont dus à la névrose et peuvent disparaître d'un moment à l'autre, d'eux-mêmes ou sous l'influence de la médication la plus anodine. Comme exemple nous citerons l'observation XXXIII de Giraudeau (Semaine médicale 1895) et un cas rapporté par Potain dans ses leçons cliniques. Une malade entre à l'hôpital « pour des accidents d'oppression extrême avec angoisse précordiale intolérable ». La respiration était haute, fréquente, mais on n'entendait aucun râle, aucun bruit morbide dans la poitrine. La malade accusait une sensation douloureuse

très vive dans la région du cœur et cependant les battements de l'organe, bien qu'un peu accélérés étaient réguliers et bien frappés. L'auscultation ne permettait pas moins d'y reconnaître les bruits spéciaux qui caractérisent le rétrécissement mitral. Fallait-il mettre tous les accidents que nous observions sur le compte de cette maladie et porter par suite un pronostic sérieux ? Ce ne fut pas mon avis, car un examen approfondi de la malade me permit d'établir devant vous que celle-ci était une hystérique avérée chez laquelle les accidents nerveux s'étaient manifestés avec leurs stigmates habituels, bien avant l'éclosion des symptômes cardiaques. Je vous assurai alors que cet orage n'était pas pour nous effrayer et que sous peu nous verrions tous les accidents se calmer comme par enchantement. Je ne prescrivis aucune médication cardiaque et au bout de quelques jours, sous l'influence du repos et de quelques calmants, tout était rentré dans l'ordre, les signes d'auscultation restant ce qu'ils avaient été d'abord. » Nous pensons que les phénomènes observés étaient dus à l'hystérie et greffés sur les symptômes de la cardiopathie, mais sans être déterminés par cette dernière puisqu'ils disparaissent alors que la lésion persiste. Notre interprétation est donc différente de celle de l'auteur qui admet que la cardiopathie a exaspéré les accidents nerveux préexistants.

OBSERVATION XXXIII. — Giraudeau. — Semaine
médicale 1895.

*Double lésion mitrale. — Dyspnée hystérique simulant
la dyspnée cardiaque*

Jeune femme de 26 ans. — Scarlatine, fièvre typhoïde.
Rhumatisme articulaire aigu et endocardite.

De 20 à 22 ans, elle séjourna dans une maison de santé
pour y être soignée, dit-elle, de crises nerveuses qui la pre-
naient tous les jours.

A 23 ans, elle est soignée dans le service de M. Lan-
cereaux pour des palpitations et des étouffements. (Bro-
mure de potassium et digitale).

Elle entre encore dans le service pour la dyspnée et
des palpitations.

Auscultation : Roulement présystolique et souffle sys-
tolique à la pointe ; de temps à autre à la base dédoublement
du deuxième bruit avec renforcement du ton pulmonaire.
Donc *double lésion mitrale*.

Pouls fréquent, petit, mais égal et régulier.

La dyspnée est parfois très prononcée pour disparaître
presque complètement à certains jours. Elle s'accompagne
ordinairement d'agitation, d'angoisse.

Le fonctionnement des divers organes : rein, foie,
poumons semble se faire régulièrement et n'explique pas
cette dyspnée. Mais cette malade est hystérique, comme le
montrent ses antécédents personnels et l'existence d'une
hémianesthésie sensitivo-sensorielle incomplète, mais ce-
pendant très nette.

Donc l'hystérie surajoutée à la lésion cardiaque aug-

mente les troubles fonctionnels cardiaques ; la dyspnée observée chez cette malade n'est pas une dyspnée cardiaque, c'est la dyspnée hystérique chez une cardiaque. Il n'y a en effet, ni au cœur, ni aux poumons aucun phénomène capable de l'expliquer : le pouls est bon ; il n'y a aucun signe de congestion pulmonaire, ni de dilation du cœur droit.

Maintenant que nous avons étudié l'influence de l'hystérie sur les cardiopathies, il nous faut examiner l'*association inverse* : la maladie du cœur est, ou semble être primitive et l'hystérie semble se développer secondairement.

Depuis longtemps déjà on connaît les accidents nerveux qui sont la conséquence des cardiopathies : changement de caractère qui devient irritable, fantasque ou bien triste, mélancolique au point d'engendrer l'idée de suicide ; malaises, angoisses, vertiges. Tous ces phénomènes s'exagèrent pendant la phase asystolique.

Mais des phénomènes plus sérieux encore peuvent se produire, la folie cardiaque, et même d'après Potain l'épilepsie ou l'hystérie, chez des individus indemnes de tout accident nerveux. « Ce qui démontre d'une façon encore plus absolue le rapport intime de l'épilepsie avec les affections cardiaques qu'elle accompagne, c'est la diminution progressive des attaques, au fur et à mesure que les troubles déterminés par la lésion orificielle qui leur a donné naissance s'améliorent sous l'influence de la digitale. » Les mêmes considérations peuvent être faites à propos de l'hystérie, mais les grandes attaques y sont rares ; au contraire la petite hystérie est une manifestation assez fréquente.

La cardiopathie peut agir de deux façons ; ou bien

elle ne fera que *réveiller* ou *exaspérer une hystérie latente jusque-là*, ou bien elle *créera un état hystérique* analogue aux hystéries de cause interne, étudiées par Potain.

Dans le premier type morbide il faut classer les malades qui ont des antécédents nerveux héréditaires et personnels. Les antécédents hystériques sont restés latents jusqu'à l'apparition d'une maladie de cœur. Mais sous l'influence des troubles fonctionnels des lésions valvulaires constituées l'état psychique du malade s'altère rapidement. Les préoccupations de toutes sortes (souci de sa santé, de sa position, etc.) qui l'assaillent alors font verser rapidement cet organisme prédisposé dans l'hypocondrie et dans l'hystérie ». Giraudeau.

Dans ces conditions, l'hystérie se développe pour ainsi dire normalement et sous l'influence de ses causes provocatrices les plus habituelles, c'est-à-dire les troubles psychiques et les émotions morales. Une attaque convulsive peut même apparaître brusquement ; sans que la lésion cardiaque y soit pour rien. Le cas rapporté par Giraudeau est typique : un étudiant en médecine, atteint de rétrécissement mitral, eut une attaque d'hystérie au moment où il acquit la certitude qu'il était porteur d'une affection cardiaque, en s'auscultant lui-même. Il est indéniable ici que l'influence morale ne soit pas la cause de l'attaque convulsive. Elle se serait produite aussi bien sous l'influence de tout autre émotion morale vive.

Le même étudiant refusé à un examen, perd connaissance et se réveille avec une hémiplégié et une hémianesthésie sensitive et sensorielle. Un autre malade, atteint de rétré-

cissement mitral, soupçonné de vol est pris d'une crise de nerfs qui dura près d'une heure.

Un malade de Potain, atteint d'insuffisance mitrale, en entrant chez lui trouve un voleur en train de le dévaliser, Il perd connaissance et quand il se réveille il est frappé d'hémiplégie avec troubles sensitifs et sensoriels. Dans tous ces cas l'agent déterminant de l'hystérie est une émotion vive ou une contrariété et la maladie de cœur n'a aucune action.

Dans d'autres cas l'explication devient plus complexe.

Un malade de Potain, jouissant d'une santé relativement bonne, se plaignant seulement d'un peu d'oppression ou de dyspnée d'effort, est tout à coup pris de vertige au moment où pour charger une machine il pénétrait dans une soule à charbon. Il tombe sans connaissance et au bout de quelques instants ses camarades le trouvent se débattant violemment. Le lendemain à la visite, on constate une hémiplégie gauche complète avec anesthésie totale sensitive et sensorielle, rétrécissement considérable du champ visuel, etc., et par l'auscultation une insuffisance mitrale très manifeste.

Les accidents disparurent rapidement et le malade sortit guéri.

Faut-il admettre que sous l'influence de la lésion mitrale il s'est produit, juste à ce moment précis, des troubles circulatoires capables de déterminer la perte de connaissance, en occasionnant l'anémie cérébrale comme dans les observations publiées par Armaingaud ? Ou bien doit-on penser plutôt à une simple coïncidence ? Les troubles dans l'irritation des centres nerveux, soit congestion, soit ané-

mie ne produisent pas de crises hystériques chez des individus non prédisposés. Armaingand reconnaît lui-même que dans les cas qu'il a rapportés, l'anémie cérébrale ne doit être considérée que comme la cause occasionnelle de l'accès. Sur un individu en état « d'imminence morbide hystérique » la production subite de l'anémie cérébrale peut déterminer l'attaque convulsive, mais elle ne la crée pas de toutes pièces, surtout chez un individu à système nerveux bien équilibré.

Les 2 observations d'Armaingaud sont très significatives et en particulier la première. A la suite d'une atteinte de rhumatisme, survient une double lésion aortique. Les préoccupations, les craintes, l'exagération de la gravité de la maladie créent très vite chez le malade un état névropathique très accusé. Le caractère est changé ; l'excitabilité poussée à l'excès. Les attaques convulsives surviennent à la suite d'une station verticale prolongée ou de l'ascension d'un escalier, en un mot, dans toutes les conditions capables de produire l'anémie cérébrale.

Toutes les fois que l'on réalise les mêmes conditions les crises convulsives apparaissent ; au contraire on n'arrive plus à les produire si l'on a préalablement administré la digitaline pendant plusieurs jours. Sous son influence le ventricule gauche a repris son énergie de contraction et l'anémie cérébrale ne se produit plus aussi facilement, ni aussi complètement pendant la station verticale ou après l'ascension d'un escalier.

Le second malade présente des phénomènes analogues. Ses crises convulsives disparaissent par la médication opiacée, conseillée par Huchard dans l'anémie cérébrale.

Nous croyons donc que la cardiopathie peut produire des accidents nerveux analogues sinon, identiques à l'hystérie. Elle agit surtout psychiquement, c'est-à-dire en déterminant la dépression morale, si facile à provoquer chez les sujets dont le système nerveux est en équilibre instable du fait de leur hérédité ou de leurs antécédents personnels.

Ces troubles psychiques suffisent à expliquer la modification du caractère et l'état mental de ces malades. Suffisent-ils à expliquer les attaques convulsives ? Les observations d'Armaingand semblent prouver qu'il faut un trouble dans la circulation cérébrale, l'anémie brusque des centres nerveux. On remarquera cependant que chez ses deux malades ; la 1^{re} attaque convulsive est apparue à la suite d'une impression morale vive, comme c'est la règle ordinaire. Les deux causes choc moral et anémie cérébrale, s'ajoutent donc pour produire le même effet. D'autre part toutes les lésions aortiques produisent de l'anémie cérébrale, rarement surviennent des convulsions hystériques. La cardiopathie ne les détermine que quand elle évolue sur un terrain névropathique.

Maintenant que nous avons vu les rapports généraux qui existent entre les cardiopathies en général et l'hystérie examinons s'il y a quelques *relations particulières* entre les lésions valvulaires des divers orifices et la névrose.

Les deux observations d'Armaingaud ont trait à des lésions cardio-aortiques ; dans la première, il s'agit d'une insuffisance aortique avec rétrécissement dans la deuxième insuffisance mitrale et rétrécissement aortique. Le mécanisme invoqué, nous l'avons vu, est l'anémie cérébrale.

Giraudeau étudie le rétrécissement mitral et constate

que sur 8 malades atteints de cette lésion, 3 présentaient des troubles anesthésiques étendus, avec ou sans accompagnement de crises convulsives. Cette proportion est plus grande que celle observée sur plusieurs séries de 8 malades hommes atteints d'affections les plus diverses. Il en conclut que l'association du rétrécissement mitral et de l'hystérie, n'est point accidentelle et de simple coïncidence. Comme la plupart de ses malades étaient chétifs, mal développés, anémiques, que leur lésion mitrale semblait congénitale ou au moins remontait à l'enfance, « il n'y a rien d'étonnant, dit-il, que le système nerveux, lui aussi, dans ces organismes déclus, ait été défavorablement influencé et ait traduit son état débile à un moment donné, par les troubles que nous venons de signaler. » Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement, dans le service de M. Talamon, un cas d'association de l'hystérie et du rétrécissement mitral chez une femme mal développée; la taille était très inférieure à la normale.

Potain admet que toutes les lésions cardiaques acquises peuvent produire des accidents hystériques.

La cardiopathie « crée une opportunité morbide spéciale, surtout sans doute, si les sujets atteints sont en même temps débilités par une déglobulisation, une anémie excessives. Il suffit ensuite d'une cause occasionnelle fortuite, futile la plupart du temps, pour que les phénomènes hystériques apparaissent. »

Enfin, Giraudeau a rapporté, dans la Semaine Médicale (1895), deux nouvelles observations d'associations d'hystérie et de cardiopathie. Dans l'une, il s'agit d'une femme atteinte d'une double lésion mitrale; dans l'autre,

d'un homme qui porte comme reliquat d'une fièvre typhoïde, une double lésion aortique.

Donc, toutes les lésions cardiaques peuvent être accompagnées de phénomènes hystériques ; mais, d'après Giraudeau, par ordre de fréquence, il faudrait placer d'abord les *lésions de l'orifice mitral* et surtout le *rétrécissement congénital*, puis les *lésions aortiques* ayant eu pour point de départ une endocardite ou une aortite et enfin, mais exceptionnellement, les lésions athéromateuses de l'aorte.

Quoiqu'il en soit des rapports des cardiopathies et de l'hystérie, l'importance de ces associations au point de vue du pronostic est très grande. « Il n'est pas en effet d'un médiocre intérêt de savoir si des troubles nouveaux survenus dans le cours d'une affection cardiaque sont le fait d'une aggravation de la lésion organique ou la conséquence de troubles nerveux transitoires et purement dynamiques. Cela importe autant à la tranquillité du malade et de son entourage qu'à la conduite thérapeutique qu'il faudra adopter. » (Potain).

Ainsi la dyspnée hystérique si fréquente pourrait très facilement en imposer pour une dyspnée cardiaque, quand elle survient chez un cardiopathe. De même l'apoplexie hystérique pourrait être prise pour une apoplexie par embolie cérébrale, si on n'avait pas soin de rechercher les troubles de la sensibilité concomittants qui dévoileront la véritable nature des accidents.

OBSERVATION XXXIV (résumée). — Giraudeau. Archives générales de médecine, 1890

Rétrécissement mitral et hystérie chez l'homme

Etudiant en médecine pris d'une attaque hystéro-épileptique le soir même du jour où il a été refusé à un examen, à la suite de la crise mutisme et hémianesthésie gauche complète et totale. Le mutisme disparut au bout d'une journée. L'hémianesthésie remontait à une crise ayant eu lieu 3 mois avant. Elle s'était produite dans les circonstances suivantes : Souffrant de palpitations et d'essoufflement il se fait ausculter par l'interne du service qui lui déclare qu'il n'avait rien ; mais il veut vérifier le diagnostic et s'ausculte lui-même avec un stéthoscope à tige flexible. Il trouve un souffle à la pointe et presque immédiatement il est pris d'une attaque hystérique qui dura une demi-heure. En réalité il était atteint de rétrécissement mitral, probablement congénital. Il était petit, malingre, à poitrine étroite et d'une intelligence peu développée.

Rétention d'urine, à la suite d'un examen, mais pas d'accès convulsifs.

Devenu morphinomane, il meurt subitement en juin 1890.

Les 2 attaques de ce malade ont coïncidé avec une émotion morale : refus à un examen ; découverte d'une lésion cardiaque.

OBSERVATION XXXV

Mart...., 29 ans, horloger.

Aspect féminin : peau blanche, fine, presque depour-

vue de poils. Oreillons à l'âge de 12 ans et essoufflement facile depuis l'âge de 15 ans. Réformé pour une maladie de cœur. (Rétrécissement mitral), soupçonné de vol, il fut pris en 1881, d'une crise de nerfs qui dura près d'une heure ; en 1882, après une discussion suivie de coups avec un de ses voisins, il est mis à la porte de l'hôpital et le soir même il est pris d'une attaque de nerfs dans la rue ; à la suite hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle. Anesthésie pharyngée complète ; hyperesthésie du testicule gauche. Les deux crises sont survenues à la suite de perturbation morale.

OBSERVATION XXXVI

X..., 24 ans, jamais de maladie aiguë.

Petit (1 m. 50). Il se plaint de poussées congestives au niveau de la tête surtout après les repas.

Rétrécissement mitral.

Hémianesthésie aux membres (supérieur et inférieur) droits.

Sur la moitié droite de l'abdomen sensibilité moins nette qu'à gauche, mais au niveau du thorax et de la face aucun trouble de la sensibilité.

OBSERVATION XXXVII

Ronard, 25 ans, bijoutier. Aucun antécédent ni héréditaire, ni personnel. A 17 ans, subitement picotements et élancements dans la région précordiale et palpitations,

étourdissements et bouffissure de la face. On fait le diagnostic de précardite ?

Réformé pour *rétrécissement mitral*.

Hémianesthésie sensitivo-sensorielle à droite.

OBSERVATION XXXVIII Résumée. — Armaingaud (mémoire de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux 1878).

Insuffisance et rétrécissement aortiques ; nervosisme et hystérie convulsive.

M. X..., capitaine de navire, 45 ans. Pas d'antécédents nerveux, ni héréditaires, ni personnels.

En 1871, rhumatisme articulaire aigu généralisé avec endocardite. Anémie consécutive.

En 1872, aucun signe de lésion cardiaque. Etat général très bon.

En 1875, nouvelle poussée de rhumatisme (durée 5 semaines) avec endocardite.

Six mois après signes indéniables d'*insuffisance* et de *rétrécissements aortiques*.

En juillet 1876 le changement de caractère commence à devenir inquiétant : impressionnabilité exagérée ; irritabilité nerveuse excessive ; inégalité d'humeur ; céphalalgie, ne supporte plus la vie sédentaire qu'il est obligé de mener et regrette sa vie de marin.

En janvier 1877, *attaque de convulsions* généralisées aux 4 membres, ayant débuté au moment de se mettre à table et à la suite de *réflexions tristes* et quelque peu inopportunes d'un de ses amis : douleur constrictive à l'épigas-

tre avec sensation de boule ascendante ; mouvements convulsifs de quelques minutes seulement, bientôt suivis de pleurs *abondants* et de l'émission d'une assez grande quantité d'urines très claires. De nouvelles crises se reproduisent dans la suite, séparées d'abord par intervalles de quelques semaines et ensuite de quelques jours seulement et devenant de plus en plus intenses.

Ces crises convulsives survenaient toujours après une *station debout* prolongée ou une ascension brusque d'un escalier, par anémie cérébrale. Sous l'influence de la digitale ces crises disparaissent ; si on la supprime et qu'on force le malade à monter son escalier, les crises reparaissent ; au contraire durant les périodes pendant lesquelles il prend le médicament il peut faire cette ascension sans accidents. Impossibilité de se livrer à un travail intellectuel suivi dans la station debout ou assise.

OBSERVATION XXXIX. Résumée. — Armaingaud.

Insuffisance mitrale et rétrécissement aortique. — Hypertrophie du ventricule gauche. — Hystérie convulsive.

Homme de 34 ans, fonctionnaire dans une administration. Convulsions dans son enfance ; fièvre typhoïde à 17 ans ; s'est livré à l'onanisme jusqu'à l'âge de 16 ans et a toujours été très impressionnable.

A 19 ans, *rhumatisme articulaire* aigu avec endocardite, qui amène l'*insuffisance mitrale* et le *rétrécissement aortique*. Pouls petit, faible et irrégulier et symptôme d'anémie cérébrale, vertiges et sensation de vide dans la tête ; impossibilité de se livrer à un travail soutenu dans la sta-

tion debout ; au contraire bien-être relatif dans la position horizontale.

Crise *hystériforme*, en recevant une lettre lui annonçant un revers de fortune. Puis les accès se renouvellent 2 ou 3 fois par semaine.

Sous l'influence de la morphine en injection hypodermique, les accès ne se renouvellent plus en même temps que disparaissent les signes d'*anémie cérébrale*.



CHAPITRE V

Pronostic

D'une manière générale, les accidents cardiaques d'origine hystérique ne sont pas graves d'une façon absolue. Ordinairement la vie du malade n'est à aucun moment mise en danger, sauf peut-être dans les cas de syncope hystérique. Mais nous avons vu combien la terminaison mortelle était rare dans ces conditions. Les troubles sensitifs de la région cardiaque sont assez bien supportés. Les palpitations sont quelquefois extrêmement pénibles ; les accès d'angine de poitrine peuvent être excessivement douloureux, mais ils ne sont jamais mortels : les malades atteints de crises d'angine de poitrine hystérique « sont à plaindre mais n'ont rien à craindre » (Landouzy).

Donc, les accidents cardiaques d'origine hystérique ne menacent point l'existence du malade. Mais ils prennent un caractère de gravité considérable par leur persistance, leur tenacité ou la facilité avec laquelle ils se reproduisent.

Quand l'hystérie s'est localisée une fois sur le cœur, elle a une grande tendance à l'atteindre de nouveau, dans ses manifestations ultérieures qui prennent souvent le même type chez le même individu.

Un autre facteur de gravité importante est la coexistence d'une cardiopathie. Nous avons vu que l'hystérie exagérât toujours les symptômes fonctionnels des lésions cardiaques. Aussi en produisant l'excitabilité du cœur, en déterminant des palpitations, des accès d'angine de poitrine, elle augmente les chances d'asystolie, ou précipite son apparition. Il est donc toujours mauvais pour un cardiopathe d'être hystérique.

Traitement.

La thérapeutique doit s'adresser à la maladie et à ses manifestations qui surviennent par accès. Comme l'élément douleur est celui que l'on retrouve presque toujours, c'est surtout contre lui qu'il faut essayer d'agir, d'autant plus qu'il est souvent l'origine des autres accidents cardiaques.

Le traitement moral par la persuasion, la suggestion à l'état de veille soit par l'influence directe du médecin, soit par la prescription de médicaments variés, peut avoir une action considérable sur les accidents.

Contre les précordialgies on emploiera les applications locales de teinture d'iode, des pulvérisations d'éther ou des compresses mouillées. Aux hystériques et aux neurasthéniques, « l'électricité statique enlèvera souvent les douleurs au cœur en même temps que les palpitations » dit Le Gendre.

En même temps on prescrira l'antipyrine et les polybromures.

Au moment des accès d'angine de poitrine hystérique, il faut employer les injections de morphine, les inhalations d'éther et même de chloroforme dans les formes névralgiques ; dans les formes vaso-motrices, l'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle, ou bien la nitro-glycérine (à la dose quotidienne de 5 à 6 gouttes de la solution au centième en 2 ou 3 fois) (Huchard). En même temps frictions excitantes sur les membres inférieurs.

Par la compression des zones hyperesthésiques, Huchard n'a jamais réussi à arrêter une crise d'angine de poitrine hystérique. On pourra essayer l'application d'aimants, d'après les indications d'Albot. Dans l'intervalle des accès, c'est la névrose qu'il faut traiter par les antispasmodiques, les calmants, et surtout l'hydrothérapie. Mais il faut agir avec prudence, commencer par les lotions tièdes, et au bout d'un certain temps seulement employer les lotions froides et l'enveloppement dans le drap mouillé. Quant aux douches, elles doivent être « légères, de courte durée, en commençant d'abord par des douches tièdes à jet brisé et n'arrivant que progressivement à la douche froide à 24°. On doit se garder de la diriger d'abord sur la région précordiale, qu'il ne faudra, pour ainsi dire, qu'effleurer, et l'on devra surtout porter son action sur les membres inférieurs (Huchard).

La coexistence d'une cardiopathie est très gênante et si elle ne contre-indique pas d'une façon absolue l'hydrothérapie, elle commande au moins la plus grande prudence.

Ce traitement devra être complété par le traitement moral qui aura pour but de faire disparaître toutes les

causes psychiques d'excitation générale et les préoccupations de toutes sortes, en particulier celles qui proviennent de la croyance à une cardiopathie.

« L'un des moyens les plus efficaces pour la guérison, c'est de convaincre le malade qu'il n'est point atteint d'une affection du cœur » (Stokes).

Enfin le changement de milieu, l'isolement, conseillés par Weir Mitchell produiront, dans certains cas rebelles, les meilleurs résultats.



CONCLUSIONS

I. — L'hystérie produit, dans la région cardiaque, des troubles de la sensibilité subjective ou objective (cardiodynie, angine de poitrine), et des troubles de la mobilité (syncope, tachycardie, palpitations).

II. — Souvent ces divers accidents sont associés chez le même individu et les troubles de la mobilité sont souvent sous la dépendance des troubles de la sensibilité.

III. — Ces symptômes fonctionnels éveillent très vite chez le malade l'idée d'une maladie de cœur. Le diagnostic peut même être difficile pour le médecin dans certains cas, surtout quand il y a des souffles extra-cardiaques surajoutés.

IV. — Nous croyons que ces bruits anormaux sont assez fréquents dans l'hystérie ; mais le mécanisme de leur production est le même que dans toutes les autres affections. La névrose ne fait que faciliter leur production par les troubles qu'elle détermine dans les contractions cardiaques.

V. — La question du diagnostic est très importante, parce que le pronostic et le mode de traitement en découlent.

VI. — Quand l'hystérie et la cardiopathie sont réunies sur le même sujet, elles s'influencent réciproquement ;

l'hystérie augmente les accidents cardiaques ; la cardiopathie exagère les phénomènes hystériques.

VII. — Mais de même que l'hystérie ne crée pas la cardiopathie, la maladie de cœur ne crée pas d'emblée l'hystérie chez un individu non prédisposé.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
RAYMOND.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

- Albot.* — Angine de poitrine hystérique chez les cardiaques.
Thèse Paris. — 1890.
- Aubry.* — Sur l'angine de poitrine. Thèse Paris. — 1882.
- Audry.* — Lyon médical. — 1887.
- Armaingaud.* — Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — 1878.
- Bassereau.* — Cardiodynie hystérique, J. de méd. et chirurgie.
Paris. — 1873.
- Bernheim.* — Leçons de clinique médicale. — 1877.
- Blocq.* — Topoalgies. — Gaz. hebd. de méd. — 1891.
- Briquet.* — Traité de l'hystérie.
- Burrowes.* — Un cas d'hystérie simulant une affection du cœur.
Lancet London. — 1856.
- Cardarelli.* — Fonctions du cœur et névroses. — Naples. — 1882.
- Cordes.* — Obs. d'Angine de poitrine hystérique. — Deutsch.
Arch. für. Klin. med. 1874.
- Charcot.* — Leçons du mardi à la Salpêtrière.
- Charcot et Brissaud.* — Traité de médecine.
- Chevillat.* — Les précordialgies. — Thèse de Paris. — 1893.
- Debève et Achard.* — Manuel de médecine.
- Dieulafoy.* — Manuel de pathologie interne.
- Fabre* (de Marseille). — Fragments de clinique.
Redhon

Gaube. — Recherches sur les zones hystérogènes. Thèse de Bordeaux. — 1882.

Gélineau. — Angines de poitrine.

Gilles de la Tourette. — Traité de l'hystérie.

Gilles de la Tourette et *Cathélineau*. — Le sang dans l'hystérie normale (Progrès médical 1891).

Girardeau. — Retréecissement mitral et hystérie chez l'homme. Arch. générales de médecine 1890.

Girardeau. — Hystérie et affections cardiaques. Semaine médicale 1895.

Grasset. — Maladies du système nerveux.

Guinon. — Agents provocateurs de l'hystérie. Thèse Paris.

Huc. — Les maladies du cœur et les névroses. Thèse de Paris. — 1891.

Huchard et *Axenfeld*. — Traité des névroses.

Huchard. — Mal du cœur et des vaisseaux.

id. France médicale 1882. — J. de méd. et de chirurgie pratiques. — 1883.

id. Progrès médical. — 1889.

Janicot. — Tachycardie essentielle. — Thèse Paris — 1891.

Jouanneau. — Tachycardie dans la tuberculose pulmonaire. — Thèse Paris.

Juhel-Renoy. — Des affections cardiaques d'origine non valvulaire. — Arch. générales de médecine. — 1883.

Jurine. — Mémoire sur l'angine de poitrine. 1815.

Krishaber. — Névropathie cérébro-cardiaque.

Laënnec. — Traité de l'auscultation.

Landouzy. — Angine de poitrine et nervosisme arthritique. Progrès médical. — 1883.

Larcena. — Des Tachycardies. Thèse de Paris 1891.

Lartigue. — Traité de l'angine de poitrine.

- Lasègue.* — Des intermittences cardiaques. Arch. générales de méd. 1872.
- Lécorché et Talamon.* — Maladies du cœur.
- Le Bel.* — Des épilepsies par troubles de la circulation. Thèse Paris. — 1887.
- Le Clerc.* — Angine de poitrine hystérique. Thèse Paris. — 1887.
- Le Gendre.* — Palpitations. — Concours médical 1890.
- Lereboullet.* — Intermittences cardiaques. Gaz. hebd. de méd. et chirurgie. — 1875.
- Liégeois.* — Fausses intermittences nerveuses du cœur. Trib. méd. 1882.
- id. Asystolie de cause psychique. — Même journal.
- id. Angine de poitrine. Revue médicale de l'est.
- Mac-Dowal.* — Edimbourg méd. journal, — 1887.
- Matthieu.* — Tribune médicale 1875. — 1 ob. de palp. hystérique.
- Marie.* — Angine de poitrine hystérique. — Revue de méd. Paris 1882. — Progrès médical. — 1889.
- Millot.* — Dissertation sur l'angine de poitrine. Thèse Paris 1812.
- Mollière.* — De la mort subite pendant la crise hystérique. — Lyon médical. — 1883.
- Peter.* — Maladies du cœur. — 1883.
- Cardiodynies hystériques. J. de méd. et ch. pratiques. 1874.
- Petit (de Maurienne).* — Abeille médicale. — 1856.
- Picot (de Bordeaux).* — Retrécissement mitral chez les hystériques. — Semaine médicale. 1895.
- Pitres.* — Leçons sur l'hystérie.
- Polain.* — Cliniques, 1894.
- id. Les angines de poitrine. Union médicale 1894.
- Rendu.* — Cliniques médicales, 1890.
- Sée.* — Maladie du cœur.

id. Des palpitations. France médicale 1875. Bulletin médical 1889.

Stokes. — Traité des maladies du cœur.

Talamon. — Tachycardie paroxystique essentielle. Société méd. des hôpitaux 1891.

Tikomirow. — Formes cliniques de l'angine de poitrine. Thèse Paris 1894.

Vincent. — Valeur séméiologique des tachycardies. Thèse de Paris 1890.

